BỘ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
	Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 3074 /QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 02 tháng 10 năm 2026*

tmlv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 2"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 313/2026/NĐ-CP ngày 08/8/2026 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Căn cứ Thông tư số 25/2026/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 01/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 32/2023/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 42/2025/TT-BYT quy định về tiêu chuẩn sức khỏe của người điều khiển phương tiện giao thông đường sắt;

Căn cứ Biên bản họp ngày 18/4/2024; 11/7/2025; 05/3/2026 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình - Thẩm mỹ" và Công văn số 4220/VĐ-KHTH ngày 01/7/2026 của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức gửi dự thảo quy trình kỹ thuật Chương Tạo hình - Thẩm mỹ;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 2", gồm 71 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01tháng 01 năm 2028.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng, Vụ trưởng các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- BHXHVN - Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục KCB;
- Tổng hội Y học Việt Nam và các hội y khoa;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC

Vũ Mạnh Hà

Chỉ đạo biên soạn, thẩm định	
TS. Hà Anh Đức	Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (QLKCB)
Chủ biên	
GS. TS. Trần Thiết Sơn	Trưởng Bộ môn Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ - Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội
TS. Nguyễn Trọng Khoa	Phó Cục trưởng Cục QLKCB
Tham gia biên soạn, thẩm định	
TS. Nguyễn Công Hựu	Giám đốc Bệnh viện E
PGS. TS. Đồng Văn Hệ	Phó Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
PGS. TS. Trần Đình Thơ	Phó Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
PGS. TS. Vũ Ngọc Lâm	Giám đốc Trung tâm Phẫu thuật sọ mặt và tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
TS. Nguyễn Hồng Lợi	Giám đốc Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế
BSCKII. Vũ Hữu Thịnh	Quản lý và điều hành khoa Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
BSCKII. Trần Thị Thanh Huyền	Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Phó Giám đốc Trung tâm Tế bào gốc - Công nghệ gen và Y học tái tạo - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Trần Văn Dương	Trưởng khoa Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy
BSCKII. Bùi Hữu Trực	Trưởng khoa Răng hàm mặt - Bệnh viện E
TS. Đàm Trọng Nghĩa	Trưởng khoa Ngoại Đầu cổ - Bệnh viện U bướu Hà Nội
TS. Nguyễn Nhật Linh	Phó khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương
BS. Lê Khánh Linh	Phó trưởng khoa Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế
TS. Vũ Trung Trực	Phó trưởng khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

duhoacb_...Vanthu_05/1/2026 08:17:00

TS. Đỗ Thị Ngọc Linh	Phó trưởng khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Thư ký	
ThS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
TS. Đỗ Mạnh Hùng	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
ThS. Lê Thị Thu Hà	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện E
ThS. Đinh Thị Thanh Hà	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng - Bệnh viện E
BS. Nguyễn Xuân Huy	Phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Lê Văn Trụ	Chuyên viên chính phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
CN. Hà Thị Thu Hằng	Chuyên viên phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
DS. Đỗ Thị Ngát	Chuyên viên phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
ThS. Nguyễn Hồng Nhung	Chuyên viên phòng Điều dưỡng, Dinh dưỡng & Kiểm soát nhiễm khuẩn - Cục QLKCB
ĐDCKI. Trương Thị Thu Hương	Chuyên viên chính phòng Điều dưỡng, Dinh dưỡng & Kiểm soát nhiễm khuẩn - Cục QLKCB

tmlv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

LỜI NÓI ĐẦU

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành Thần kinh đã được Bộ trưởng Bộ Y tế ký, ban hành tại các Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28 tháng 02 năm 2013, Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07 tháng 06 năm 2018. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật này làm căn cứ để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và nhân viên y tế triển khai áp dụng và thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh về Tạo hình - Thẩm mỹ.

Nhằm mục đích cập nhật, bổ sung tiến bộ khoa học kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và tiếp tục chuẩn hóa quy trình thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh về Tạo hình - Thẩm mỹ, Bộ Y tế đã giao một số bệnh viện Hữu nghị Việt Đức làm đầu mối xây dựng Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Tạo hình - Thẩm mỹ. Bệnh viện đã huy động và phân công các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa Thần kinh (ngoại khoa) để biên soạn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật; tổ chức họp hội đồng khoa học trong Bệnh viện để nghiệm thu; thực hiện biên tập, hoàn thiện theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu do Bộ Y tế thành lập và chịu trách nhiệm về chuyên môn kỹ thuật quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được các thành viên biên soạn rà soát hướng dẫn hiện có, tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài để cập nhật.

Bộ Y tế đã thành lập Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình - Thẩm mỹ với sự tham gia của đại diện một số vụ, cục chức năng của Bộ Y tế, các thành viên chuyên môn là các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa hàng đầu về Tạo hình - Thẩm mỹ. Các thành viên chuyên môn đã làm việc với tinh thần trách nhiệm, đóng góp về thời gian, trí tuệ, kinh nghiệm để góp ý, nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 2" được xây dựng cho các quy trình kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 và không có trong Phụ lục số 01 (của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh) đã được Hội đồng chuyên môn nghiệm thu và Bộ Y tế ban hành với **tổng số 71 quy trình kỹ thuật "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 2" được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 01 năm 2028.**

Bộ Y tế xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp tích cực và hiệu quả của các chuyên gia, đặc biệt là tập thể lãnh đạo và nhóm thư ký biên soạn và nghiệm thu của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Trong quá trình biên tập khó tránh được những sai sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ quý độc giả đồng nghiệp để Tài liệu chuyên môn ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến góp ý xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y Tế, 138A Giảng Võ, Thành phố Hà Nội.

Xin trân trọng cảm ơn!

BAN SOẠN THẢO

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Nguyên tắc xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng chương, chuyên ngành bảo đảm đầy đủ các nội dung cơ bản về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị đến các bước thực hiện kỹ thuật theo trình tự thực hiện từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật;

b) Thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) được quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật căn cứ trên yêu cầu chuyên môn, tính phổ biến, thường quy thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong thực tế triển khai, thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) có thể thay đổi dựa trên cá thể người bệnh, tình trạng bệnh, diễn biến lâm sàng… và điều kiện thực tế hạ tầng, thiết bị, nhân lực của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Ngoài địa điểm thực hiện kỹ thuật như phòng phẫu thuật (phòng mổ), phòng thực hiện kỹ thuật (phòng thủ thuật), phòng bệnh... được quy định trong mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, kỹ thuật có thể được thực hiện ở các địa điểm khác theo nguyên tắc:

- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng bệnh thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật; ngược lại kỹ thuật quy định thực hiện tại phòng phẫu thuật không được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;
- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng thủ thuật thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng phẫu thuật; không được phép thực hiện tại phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nguyên tắc áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và phải có văn bản do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt việc triển khai áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.
Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì việc xây dựng, ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phải tuân thủ theo nguyên tắc quy định tại khoản 1 Điều này, căn cứ trên Hướng dẫn quy trình kỹ thuật tương ứng do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và là căn cứ để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai, áp dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc xây dựng, ban hành và áp dụng.

b) Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 và không có trong Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh. Tài liệu chuyên môn này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 01 năm 2028.

c) Người thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh là người hành nghề có phạm vi hành nghề phù hợp với kỹ thuật thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh mà không bị giới hạn bởi các chức danh nghề nghiệp được liệt kê trong từng quy trình kỹ thuật. Đồng thời các chức danh nghề nghiệp được quy định trong từng quy trình kỹ thuật cũng chỉ được thực hiện khi có phạm vi hành nghề theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

đ) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cho phép và sử dụng thuốc, thiết bị y tế được cấp phép theo quy định hiện hành.

d) Trong quá trình triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nếu có các bất cập hoặc nhu cầu cần sửa đổi, bổ sung, cập nhật…, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động cập nhật và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời báo cáo, đề xuất Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh) để xem xét ban hành áp dụng trong cả nước.

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU iv
NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH v
1. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÔNG ÂM HỘ BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ 1
2. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÔNG ÂM ĐẠO BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ 5
3. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ THÔNG MŨI BẰNG VẠT LƯỠI 9
4. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ THÔNG MŨI MIỆNG BẰNG VẠT TỰ DO 13
5. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH GÂN CHI THỂ BẰNG VẠT GÂN TỰ DO 17
6. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẦN KINH CHI THỂ BẰNG VẠT THẦN KINH TỰ DO 21
7. PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG HOẠI TỬ 25
8. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP TRUNG BÌ NHÂN TẠO 28
9. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG GHÉP SỤN ĐỒNG LOẠI 32
10. PHẪU THUẬT TẠO VẠT CÓ CUỐNG TỪ XA CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN 36
11. PHẪU THUẬT TẠO VẠT CÓ CUỐNG TỪ XA CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC 40
12. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TRỤ MŨI BẰNG GHÉP PHỨC HỢP VÀNH TAI 44
13. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SỬA LỆCH TRỤC NGÓN TAY 48
14. PHẪU THUẬT THU NHỎ NGÓN TAY KHỔNG LỒ 51
15. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MỎNG VẠT CHO KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ 53
16. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ 55
17. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÙNG ĐỒ MẮT BẰNG VẠT DA TỰ DO 58
18. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÙNG ĐỒ MẮT BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN 61
19. PHẪU THUẬT CẮT CƠ VÒNG MI ĐIỀU TRỊ SỤP MI 64
20. PHẪU THUẬT GHÉP MẢNH VÀNG ĐIỀU TRỊ HỞ MI 67
21. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI NHỎ HƠN 1 CM2 71
22. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KÉO DÀI KHE MẮT 74
23. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG ĐỒNG LOẠI CHO Ổ MẮT 77
24. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM DƯỚI 80
25. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG TRONG TẬT HỐC MẮT XA 83

26. PHẪU THUẬT CHUYỂN THẦN KINH ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT DO TỔN THƯƠNG THẦN KINH VII 86
27. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẦN KINH CHI THỂ BẰNG GHÉP THẦN KINH TỰ DO 89
28. PHẪU THUẬT GHÉP THẦN KINH TỰ THÂN CHO LIỆT ĐÁM RỐI CÁNH TAY 92
29. PHẪU THUẬT CHUYỂN THẦN KINH TỰ THÂN CHO LIỆT ĐÁM RỐI CÁNH TAY 95
30. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG KHE HỞ CUNG HÀM BẰNG XƯƠNG TỰ THÂN 99
31. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM TRÊN 102
32. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM DƯỚI 105
33. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG KHE HỞ CUNG HÀM BẰNG XƯƠNG NHÂN TẠO 108
34.PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM TRÊN 110
35. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ THẦN KINH VÀNH TAI DƯỚI 2CM 112
36. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ THẦN KINH VÀNH TAI 2-5CM 115
37. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ THẦN KINH VÀNH TAI TRÊN 5CM 118
38. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT CỔ 121
39. PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THẦN KINH 124
40. PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM DƯỚI ĐIỀU TRỊ THIỂU SẢN CẰM 127
41. PHẪU THUẬT HẠ GÒ MÁ CUNG TIẾP 130
42. PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG GÓC HÀM 134
43. PHẪU THUẬT KÉO GIÃN XƯƠNG HÀM DƯỚI 137
44. PHẪU THUẬT KÉO GIÃN XƯƠNG HÀM TRÊN 141
45. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ DO CHO KHUYẾT XƯƠNG BÀN TAY 145
46. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÚ SA TRỄ KẾT HỢP ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO 148
47. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÚ SA TRỄ PHÌ ĐẠI KẾT HỢP ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO 151
48. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MẠCH MÁU CHI THỂ BẰNG GHÉP MẠCH TỰ THÂN 154

49. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG GHÉP TẾ BÀO GỐC TỪ MÔ MỠ TỰ THÂN 157
50. PHẪU THUẬT CẮT BỎ TUYẾN VÚ 160
51. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BỎ TUYẾN VÚ 165
52. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DỊ TẬT BẨM SINH VÚ THÀNH NGỰC (HỘI CHỨNG POLAND) 170
53. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẨM MỸ VÚ BẰNG TÚI ĐỘN NGỰC 174
54. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG 177
55. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ BẰNG VẠT TẠI CHỖ 180
56. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT CỔ BÀN TAY ... 183
57.PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO BẰNG NIÊM MẠC MIỆNG 185
58. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO BẰNG NIÊM MẠC MÔI BÉ 187
59. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO BẰNG NIÊM MẠC ÂM ĐẠO 190
60. PHẪU THUẬT GHÉP CÁNH TAY ĐỒNG LOẠI 193
61. PHẪU THUẬT GHÉP BÀN TAY ĐỒNG LOẠI 195
62. PHẪU THUẬT NỐI CÁNH TAY ĐỨT RỜI 198
63. PHẪU THUẬT NỐI CẲNG TAY ĐỨT RỜI 201
64. PHẪU THUẬT NỐI ĐỐT 3 NGÓN TAY BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 205
65. PHẪU THUẬT NỐI ĐỐT 2, 3 NGÓN TAY BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 208
66. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỘT DA NGÓN TAY BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 212
67. PHẪU THUẬT GHÉP BÚP NGÓN 215
68. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT XƯƠNG NGÓN TAY 218
69. PHẪU THUẬT THU NHỎ BẮP CHÂN 221
70. PHẪU THUẬT ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO VÙNG TRÁN 224
71. PHẪU THUẬT ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO VÙNG THÁI DƯƠNG 227

PHỤ LỤC

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2023/TT-BYT (cột 3)
1	30	Phẫu thuật tạo hình không âm hộ bằng vạt da tại chỗ
2	31	Phẫu thuật tạo hình không âm đạo bằng vạt da tại chỗ
3	40	Phẫu thuật tạo hình lỗ thông mũi miệng bằng vạt lưỡi
4	59	Phẫu thuật tạo hình lỗ thông mũi miệng bằng vạt tự do
5	83	Phẫu thuật tạo hình gân chi thể bằng vạt gân tự do
6	84	Phẫu thuật tạo hình thần kinh chi thể bằng vạt thần kinh tự do
7	88	Phẫu thuật lấy xương hoại tử
8	141	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép trung bì nhân tạo
9	144	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng ghép sụn đồng loại
10	146	Phẫu thuật tạo vạt có cuống từ xa che phủ các khuyết da trán
11	147	Phẫu thuật tạo vạt có cuống từ xa che phủ các khuyết da đầu mang tóc
12	150	Phẫu thuật tạo hình trụ mũi bằng ghép vạt phức hợp vành tai
13	252	Phẫu thuật tạo hình sửa lệch trục ngón tay
14	253	Phẫu thuật thu nhỏ ngón tay khổng lồ
15	260	Phẫu thuật tạo hình mỏng vạt cho khuyết phần mềm chi thể
16	277	Phẫu thuật nội soi tạo hình hẹp hộp sọ
17	295	Phẫu thuật tạo hình cùng đồ mắt bằng vạt da tự do
18	297	Phẫu thuật tạo hình cùng đồ mắt bằng ghép da tự thân
19	302	Phẫu thuật cắt cơ vòng mi điều trị sụp mi

tmlv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2023/TT-BYT (cột 3)
20	308	Phẫu thuật ghép mảnh vàng điều trị hở mi
21	321	Phẫu thuật tạo hình vạt tại chỗ cho khuyết phần mềm vùng mũi nhỏ hơn 1 cm2
22	337	Phẫu thuật tạo hình kéo dài khe mắt
23	340	Phẫu thuật ghép xương đồng loại cho ổ mắt
24	342	Phẫu thuật ghép vật liệu nhân tạo cho khuyết xương hàm dưới
25	343	Phẫu thuật tạo hình xương trong tật hốc mắt xa
26	379	Phẫu thuật chuyển thần kinh điều trị liệt mặt do tổn thương thần kinh VII
27	380	Phẫu thuật tạo hình thần kinh chi thể bằng ghép thần kinh tự do
28	381	Phẫu thuật ghép thần kinh tự thân cho liệt đám rối cánh tay
29	382	Phẫu thuật chuyển thần kinh tự thân cho liệt đám rối cánh tay
30	393	Phẫu thuật ghép xương khe hở cung hàm bằng xương tự thân
31	394	Phẫu thuật ghép xương tự thân cho khuyết xương hàm trên
32	395	Phẫu thuật ghép xương tự thân cho khuyết xương hàm dưới
33	396	Phẫu thuật ghép xương khe hở cung hàm bằng xương nhân tạo
34	397	Phẫu thuật ghép vật liệu nhân tạo cho khuyết xương hàm trên
35	417	Phẫu thuật cắt bỏ u xơ thần kinh vành tai dưới 2cm
36	421	Phẫu thuật cắt bỏ u xơ thần kinh vành tai 2-5cm
37	422	Phẫu thuật cắt bỏ u xơ thần kinh vành tai trên 5cm
38	428	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tại chỗ cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ

truly.kcb_Le Van Tru_05/09/2026 08:17:00

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2023/TT-BYT (cột 3)
39	433	Phẫu thuật khâu nối thần kinh
40	445	Phẫu thuật cắt xương điều trị thiểu sản cằm
41	446	Phẫu thuật hạ gò má cung tiếp
42	447	Phẫu thuật cắt xương góc hàm
43	448	Phẫu thuật kéo dãn xương hàm dưới
44	449	Phẫu thuật kéo dãn xương hàm trên
45	455	Phẫu thuật ghép xương tự do cho khuyết xương bàn tay
46	476	Phẫu thuật tạo hình vú sa trễ kết hợp đặt vật liệu nhân tạo
47	477	Phẫu thuật tạo hình vú sa trễ phì đại kết hợp đặt vật liệu nhân tạo
48	480	Phẫu thuật tạo hình mạch máu chi thể bằng ghép mạch tự thân
49	481	Phẫu thuật tái tạo vú bằng ghép tế bào gốc từ mô mỡ tự thân
50	490	Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú
51	497	Phẫu thuật nội soi cắt bỏ tuyến vú
52	502	Phẫu thuật tạo hình dị tật bẩm sinh vú thành ngực (Poland)
53	504	Phẫu thuật nọi soi thẩm mỹ vú bằng túi độn ngực
54	505	Phẫu thuật tạo vạt tại chỗ cho khuyết da vùng lưng
55	507	Phẫu thuật tạo hình các khuyết phần mềm chi thể bằng vạt tại chỗ
56	508	Phẫu thuật tạo hình vạt tại chỗ cho khuyết cổ bàn tay
57	511	Phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc miệng
58	512	Phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc môi bé

truly.kcb_Le Van Tru_05/02/2026 08:17:00

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2023/TT-BYT (cột 3)
59	513	Phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc âm đạo
60	547	Phẫu thuật ghép cánh tay đồng loại
61	548	Phẫu thuật ghép bàn tay đồng loại
62	549	Phẫu thuật nối cánh tay đứt rời
63	550	Phẫu thuật nối cẳng tay đứt rời
64	554	Phẫu thuật nối đốt 3 ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu
65	555	Phẫu thuật nối đốt 2, 3 ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu
66	556	Phẫu thuật tạo hình lột da ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu
67	557	Phẫu thuật ghép búp ngón
68	559	Phẫu thuật ghép xương tự thân cho khuyết xương ngón tay
69	582	Phẫu thuật thu nhỏ bắp chân
70	584	Phẫu thuật đặt vật liệu nhân tạo vùng trán
71	585	Phẫu thuật đặt vật liệu nhân tạo vùng thái dương

truly.kcb_Le Van Tru_05/02/2026 08:17:00

1. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÔNG ÂM HỘ BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ để tạo hình âm hộ trong trường hợp dị tật không âm hộ.
- Nguyên lý:
  + Lấy vạt da từ vùng lân cận âm hộ, thường là vùng đùi hoặc vùng mông.
  + Chuyển vạt da đến vị trí tạo hình âm hộ.
  + Cố định vạt da với các mô xung quanh bằng chỉ khâu.
  + Tạo hình các cấu trúc của âm hộ như môi lớn, môi bé, lỗ âm đạo.

Mục đích:
  + Tạo hình lại âm hộ trông tự nhiên và hoạt động bình thường.
  + Cải thiện chức năng tình dục và sinh sản.
  + Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật bẩm sinh không âm hộ.
- Dị tật sinh dục ngoài.
- Xác định giới tính với các trường hợp nữ giả nam.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện cho một phẫu thuật kéo dài.
- Toàn thân hoặc tại chỗ đang trong tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng.
- Rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: 01 Phẫu thuật viên chính chuyên khoa phẫu thuật tạo hình, 02 phẫu thuật viên phụ.
- Kíp dụng cụ: 02 điều dưỡng dụng cụ.

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin 1mg/1ml, ...).
- Nước cất: pha với thuốc co mạch (adrenalin, ...) thành dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000, ...).

- Dung dịch nước muối (NaCl 0.9%, …): rửa vết mổ.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu đơn sợi (các cỡ).
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Kính lúp phẫu thuật.
- Dao mổ điện.

5.5. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, MRI vùng chậu đánh giá các cấu trúc: môi lớn, môi bé, âm hộ.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí cho vạt, kế hoạch và chăm sóc sau mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra, hướng điều trị dự kiến.
- Chuẩn bị phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh sạch sẽ vùng phẫu thuật và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Dự kiến 180 phút (3 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa tư thế sản khoa giạng tay trên bàn kê tay.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Thiết kế các vạt da tại chỗ và đường rạch tại vị trí âm hộ cần tạo hình.

6.2. Bước 2: Rạch da, bóc tách tạo vạt da tại chỗ ngay tại vị trí âm hộ mới lần lượt từng bên. Kiểm tra cấp máu mép vạt.

6.3. Bước 3: Chuyển vạt tới vị trí âm hộ, khâu tạo hình che phủ.

6.4. Bước 4: Khâu đóng nơi cho vạt, đặt dẫn lưu dưới vạt nếu cần.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt.
- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch để đảm bảo vạt liền và hạn chế nhiễm trùng.
- Theo dõi vạt trong 48 giờ đầu, phát hiện sớm biến chứng. Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, trương lực, refill.
- Phát hiện sớm những biến chứng như thiểu năng động mạch, tắc mạch, thiểu năng tĩnh mạch xử trí sớm

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua nơi cho vạt và nhận vạt. Xử trí cầm máu kỹ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thiểu năng động mạch: vạt nhợt lạnh, refill chậm, mất trương lực. Xử trí: mổ cấp cứu sớm tìm nguyên nhân xử trí
- Thiểu năng tĩnh mạch: vạt tím, refill nhanh, ứa máu đen mép vạt. Xử trí: mổ cấp cứu sớm

7.4. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh, cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại

- Chậm liền vết mổ: Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Hansen JT. Netter's Clinical Anatomy - E-Book: Netter's Clinical Anatomy - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2021.
3. Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
4. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

trulv.kcb_LeVanTu_01/10/2026 03:17:00

2. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÔNG ÂM ĐẠO BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ

trulv.kcb_Le Van Tru 03/10/2025 08:17:00

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ để tạo hình âm hộ trong trường hợp dị tật không âm đạo. Kỹ thuật tạo hình âm đạo cho những bệnh nhân không có âm đạo bẩm sinh hoặc mất âm đạo do các nguyên nhân khác nhau, sử dụng vạt da từ các vị trí lân cận như bìu, mông, đùi để tạo hình âm đạo mới.
- Nguyên lý:
  + Lấy vạt da từ vị trí cho vạt.
  + Chuyển vạt da đến vị trí tạo hình âm đạo.
  + Kết nối các mạch máu và thần kinh của vạt da với cơ thể.
  + Tạo hình cấu trúc âm đạo, bao gồm lòng âm đạo, vùng tiền đình và âm hộ.
- Mục đích:
  + Cải thiện chất lượng cuộc sống
  + Có khả năng quan hệ tình dục như người bình thường.
  + Tăng cường sự tự tin và giảm các vấn đề tâm lý.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các dị tật không âm đạo.
- Dị tật sinh dục ngoài.
- Xác định giới tính với các trường hợp nữ giả nam.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 04

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.

- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.
- Khóa ba ngã.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kĩ thuật: 03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ.

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng tầng sinh môn.
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của âm hộ tạo hình, vạt da tại chỗ.

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn.
- Trải toan.

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da tại chỗ và đường rạch tại vị trí âm đạo cần tạo hình.
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da tại chỗ ngay tại vị trí âm đạo mới lần lượt từng bên.
- Tạo đường hầm cho âm đạo.
- Cầm máu kĩ.

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt tạo hình âm đạo.
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 4/0 - 5/0 và nylon 5/0-6/0.

6.5. Bước 5:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm. dụng cụ giữ khoang cho âm đạo mới.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.
- Thủng tạng rỗng. Xử trí phẫu thuật.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt. Xử trí: theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn:

- Hẹp âm đạo. Xử trí nong giãn âm đạo, phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Hansen JT. Netter’s Clinical Anatomy - E-Book: Netter’s Clinical Anatomy - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2021.
3. Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
4. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ THÔNG MŨI BẰNG VẠT LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt lưỡi để tạo hình đóng lỗ thông mũi. Phẫu thuật tạo hình lỗ thông mũi miệng bằng vạt lưỡi là một quy trình được thực hiện để đóng kín lỗ thông giữa miệng và mũi.
- Nguyên lý là lấy một tổ chức cấp máu tốt có đủ kích thước để che phủ lỗ thông và liền thương thì đầu.
- Đây là một phương pháp phẫu thuật thẩm mỹ và chức năng, thường được thực hiện trên bệnh nhân đã mổ khe hở vòm miệng. Mục đích của phẫu thuật này là tái tạo hình thái giải phẫu của vòm miệng, đóng kín đường thông miệng - mũi, và tạo điều kiện cho việc điều trị phát âm, ghép xương ổ răng, và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các lỗ thông mũi – vòm sau chấn thương hoặc bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 02.
- Điều dưỡng: 02.

5.2 Thuốc

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.

- Khóa ba ngã.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa.

truly kcl Le Van Tru 05/10/2026 08:17:00

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng.

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ toàn bộ vùng đầu mặt.
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương.

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn.
- Trải toan.
- Bộc lộ phần đầu mặt.
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương.
- Đánh giá, đo đạc tổn thương.

6.3. Bước 3:

- Thiết kế vạt lưỡi có cuống mạch liền phù hợp với tổn thương.
- Rạch theo thiết kế, bóc tách tạo vạt cuống liền theo thiết kế.
- Cầm máu kĩ.

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt lưỡi tạo hình đóng lỗ thông mũi.
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 -4/0.
- Khâu giữ vạt, giảm căng bằng chỉ vicryl 3.0.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ.
- Tình trạng cấp máu của vạt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: chèn gạc, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2.

7.4. Biến chứng muộn:

- Lỗ thủng tái phát. Xử trí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
3. Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.
4. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ THÔNG MŨI MIỆNG BẰNG VẠT TỰ DO

truly.kh_Le Van Tu_05/10/2024 08:17:00

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình lỗ thông mũi miệng bằng vạt tự do là kỹ thuật sử dụng một mảnh mô (vạt) từ vị trí khác trên cơ thể, có cuống mạch máu nuôi dưỡng riêng, để chuyển đến vị trí khuyết hổng ở vùng mũi miệng nhằm tái tạo chức năng và thẩm mỹ.
- Vạt tự do được lấy từ vị trí có nguồn cung cấp máu dồi dào, sau đó được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng mũi miệng để đảm bảo sự sống cho vạt. Vạt sẽ dần tích hợp vào mô xung quanh, tạo thành một phần của cấu trúc mũi miệng mới.
- Mục đích là tái tạo chức năng thông khí. Lỗ thông mũi miệng đóng ngăn cản nghiêm trọng quá trình hô hấp, gây lưu thông khí giữa mũi và miệng. Phẫu thuật tạo hình giúp khắc phục tình trạng hở thông, đảm bảo chức năng hô hấp bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lỗ thông mũi miệng do bẩm sinh hoặc mắc phải không đóng được bằng vạt tại chỗ hoặc lân cận.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04.
- Điều dưỡng: 04.

5.2 Thuốc

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.

- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.
- Khóa ba ngã.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật**.**

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

- Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sát trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ.
- Tình trạng cấp máu của vạt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xử lý theo thương tổn ở thì 2.

7.4. Biến chứng muộn

- Tái thủng. Xử trí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

5. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH GÂN CHI THỂ BẰNG VẠT GÂN TỰ DO

truly.kh_Le Va_Tu_05/10/2024 08:17:00

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương gân chi thể do nhiều nguyên nhân: chấn thương mất gân hoặc sau một phẫu thuật ngoại khoa quy ước. Tổn thương này ảnh hưởng đến giải phẫu và chức năng, thẩm mỹ của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình các khuyết gân chi thể bằng các vạt gân tự do là sử dụng vạt gân từ xa để tạo hình gân khuyết và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu của vạt gân.
- Mục đích: nhằm tái tạo lại gân ở chi thể giúp người bệnh lấy lại chức năng vận động và thẩm mỹ của chi thể tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết gân chi thể do các nguyên nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04.
- Điều dưỡng: 02.

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.
- Khóa ba ngã.

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế bệnh nhân.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nơi nhận:

- Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận.
- Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận.

6.2. Bước 2: Bóc vạt và tạo hình tại nơi cho:

- Dùng siêu âm doppler mạch máu xác định cuống vạt.
- Thiết kế vạt gân.
- Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt.
- Khâu tạo hình.
- Chuyển vạt gân đã được tạo hình tới nơi nhận.
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt.

truly kcb Le Van Vu_0010026[illegible]:17:10

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt.
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch.

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt gân: một phần hoặc toàn bộ hoại tử vạt gân. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
2. Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
4. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
5. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
6. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
7. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
8. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
9. Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

6. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẦN KINH CHI THỂ BẰNG VẠT THẦN KINH TỰ DO

truyxuat_LUU_1_0540_02-08:17:00

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương mất đoạn thần kinh do nhiều nguyên nhân: chấn thương hoặc sau một phẫu thuật ngoại khoa quy ước như: cắt u dây thần kinh ngoại biên… Tổn thương này ảnh hưởng đến chức năng của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình các khuyết thần kinh chi thể bằng các vạt thần kinh tự do là sử dụng vạt thần kinh có cuống mạch từ xa để tạo hình và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu, thần kinh.
- Mục đích: nhằm tái tạo lại các dây thần kinh ngoại vi ở chi thể giúp người bệnh lấy lại chức năng vận động, cảm giác và thẩm mỹ của chi thể tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết thần kinh chi thể do các nguyên nhân: chấn thương mất đoạn thần kinh, sau mổ cắt khối u gây tổn thương mất đoạn hoặc tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04.
- Điều dưỡng: 02.

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.

- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.
- Khóa ba ngã.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế bệnh nhân.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nơi nhận:

- Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận.
- Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận.

6.2. Bước 2: Bóc vạt và tạo hình tại nơi cho:

- Dùng siêu âm doppler mạch máu xác định cuống mạch vạt.
- Thiết kế vạt thần kinh.
- Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt.
- Khâu tạo hình.
- Chuyển vạt thần kinh đã được tạo hình tới nơi nhận.
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt.

6.3. Kết thúc quy trình:

- - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt.
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ

không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch.

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương.

trulv.kcb.Le Van Tru_05/10/2025 08:17:00

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
2. Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
4. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
5. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
6. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
7. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
8. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
9. Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

7. PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG HOẠI TỬ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Xương bị hoại tử do nhiều nguyên nhân: xương lộ lâu không được che phủ sau chấn thương, xạ trị, nhiễm trùng…
- Nguyên lý: Phẫu thuật lấy bỏ xương chết, hoại tử
- Mục đích: lấy bỏ xương chết hoại tử tạo điều kiện để liền thương hoặc chuẩn bị nền nhận cho phẫu thuật tạo hình thì tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xương bị hoại tử do nhiều nguyên nhân:
  + Khuyết da, phần mềm lộ xương lâu ngày.
  + Hoại tử xương sau ghép xương tự do hoặc chuyển vạt xương vi phẫu.
  + Hoại tử xương do xạ trị ung thư.
  + Hoại tử xương vô khuẩn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm

- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế bệnh nhân.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương: vị trí, kích thước xương hoại tử, tổn thương phần mềm xung quanh để dự kiến đóng kín thì đầu hoặc tạo hình thì hai.

6.2. Bước 2:

- Mở rộng tổn thương, bộc lộ phần xương chết đến chỗ xương lành.
- Cắt lọc làm sạch tổn thương phần mềm và lấy bỏ xương chết đến phần xương lành (dùng dụng cụ gặm xương chết đến chỗ xương chảy máu).

6.3. Bước 3:

- Bóc tách phần mềm xung quanh, cầm máu và đặt dẫn lưu
- Khâu che kín phần xương sau khi lấy bỏ xương chết. Trường hợp không đủ phần mềm che phủ cần chăm sóc đắp ẩm hoặc đặt hệ thống hút áp lực âm hút liên tục.

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương, dẫn lưu.

- Tiếp tục chăm sóc, thay băng, hút áp lực âm nếu còn khuyết da và phần mềm chuẩn bị cho phẫu thuật tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
Chống viêm, giảm phù nề
Truyền dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử xương tiếp tục: một phần hoặc toàn bộ hoại tử xương. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
2. Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
4. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
5. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
6. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
7. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
8. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
9. Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

8. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP TRUNG BÌ NHÂN TẠO

trung kế - Le Van Tu_C/10/2025 06:17:00

1. ĐẠI CƯƠNG

- Trung bì nhân tạo (Artificial Dermis) là một sản phẩm y sinh học mô phỏng cấu trúc lớp trung bì của da người, thường gồm hai lớp:
- Lớp dưới: thường là collagen (bò hoặc lợn) kết hợp glycosaminoglycan, có tác dụng kích thích tân sinh mạch và hình thành mô hạt.
- Lớp trên: là màng silicone đóng vai trò như lớp biểu bì tạm thời, bảo vệ và ngăn mất nước.
- Trung bì nhân tạo được sử dụng trong tái tạo da vùng khuyết nặng, đặc biệt khi:
- Không thể ghép da tự thân ngay lập tức (do thiếu mô hạt hoặc lộ xương khô).
- Diện khuyết da lớn và vùng khó sử dụng vạt (như vùng đầu, trán, đỉnh sọ).
- Có yêu cầu cao về thẩm mỹ và phục hồi chức năng.
- Các sản phẩm phổ biến: Integra®, Matriderm®, Pelnac®, Neoderm®, Novomaix®

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da vùng đầu sau cắt u (ung thư tế bào đáy, vảy), bỏng, chấn thương hoặc nhiễm trùng lan rộng.
- Diện khuyết da ≥10 cm², không đủ mô để kéo da hoặc dùng vạt tại chỗ.
- Lộ xương sọ khô, gân, hoặc màng cứng mà không thể ghép da tự thân trực tiếp.
- Bệnh nhân có chỉ định trì hoãn ghép da, cần che phủ tạm thời an toàn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền tổn thương chưa kiểm soát nhiễm trùng, hoại tử, rỉ dịch nhiều.
- Xương khô không có màng xương hoặc màng cứng sống.
- Bệnh lý mạch máu ngoại biên hoặc đái tháo đường mất bù, không đủ nuôi mô.
- Rối loạn đông máu, thiếu dinh dưỡng nặng.
- Dị ứng với thành phần của vật liệu trung bì nhân tạo (hiếm gặp).

4. THẬN TRỌNG

- Phải cắt lọc sạch sẽ, đảm bảo nền mô còn sống.
- Theo dõi sát dấu hiệu nhiễm trùng vùng ghép trong 3–5 ngày đầu.
- Cần hướng dẫn rõ cho bệnh nhân về hai giai đoạn: đặt trung bì → ghép da mỏng (nếu có).
- Không nên đặt trực tiếp trên mô chết hoặc xương lộ mà không che đệm

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Chỉ phẫu thuật.
- Băng dán ép crepe, băng chun.
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom).
- Gạc mỡ.
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.
- Khóa ba ngã.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Dao mổ điện.
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí tổn thương

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm
- Gây tê tại chỗ: nếu tổn thương nhỏ, vị trí dễ thao tác, bệnh nhân hợp tác.

- Gây mê toàn thân hoặc tiền mê tê: nếu vùng rộng hoặc ở vị trí nhạy cảm (đỉnh đầu, chẩm…).

6.1. Giai đoạn 1: Cắt lọc và đặt trung bì nhân tạo

- Chuẩn bị bệnh nhân:

Xét nghiệm tổng quát: công thức máu, đông máu, CRP, glucose, albumin.
Cạo tóc sạch nếu tổn thương vùng da đầu có lông.

- Cắt lọc tổ chức hoại tử:

Cắt sạch mô chết, xương khô, mảng vôi hóa.
Làm sạch bằng serum sinh lý và dung dịch sát khuẩn nhẹ (betadine pha loãng).

- Đặt trung bì nhân tạo:

Cắt vừa kích thước khuyết da.
Đặt mặt collagen xuống dưới, mặt silicone lên trên.
Cố định bằng ghim da, chỉ khâu, hoặc băng ép.

- Băng ép và chăm sóc:

Băng ép nhẹ để tránh tụ dịch.
Có thể dùng áp lực âm (NPWT) trong 5–7 ngày nếu tổn thương sâu hoặc nền không đều.

- Theo dõi:

Thay băng sau 5 ngày đầu, giữ silicone tại chỗ 14–21 ngày để cho tân mạch phát triển

6.2 Giai đoạn 2: Ghép da mỏng (nếu cần)

- Gỡ lớp silicone khi thấy mô hạt phát triển đều, không rỉ dịch.
- Lấy da ghép mỏng (STSG 0.2–0.3 mm) từ đùi, mông, hoặc vùng khác.
- Đặt da ghép lên trung bì nhân tạo đã biệt hóa.
- Cố định và băng ép nhẹ, theo dõi như quy trình ghép da thông thường.

6.3 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Giai đoạn đặt trung bì:

Nhiễm trùng: làm tan cấu trúc collagen, thất bại ghép.
Tụ máu hoặc dịch: cản trở tái tạo mạch máu.
Bong trung bì nhân tạo sớm → mất chức năng bảo vệ.
Không có tân mạch, đặc biệt khi nền là xương khô hoặc sẹo xơ.

- Giai đoạn ghép da:

Không bám mảnh da, hoại tử từng phần hoặc toàn bộ.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Heimbach D, et al. “Artificial dermis for major burns: A multi-center randomized trial.”

Ann Surg. 2003; 238(3): 443–451.
- Jeschke MG, et al. “The use of dermal substitutes in burn surgery.” Clin Plast Surg. 2009; 36(4): 589–600.
- Moiemen N, et al. “Integra dermal regeneration template in reconstructive surgery: a review.” J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011; 64(6): 728–738.
- Chung JY, et al. “Reconstruction of large scalp defects using artificial dermis.” J Craniofac Surg. 2020; 31(2): e139–e143.
- Gonzalez-Ulloa M. “A technic for restoring the scalp.” Plast Reconstr Surg. 1956; 18(4): 302–312.

trulv.kcb_Le Van Tu_11/12/2026 08:10:00

9. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG GHÉP SỤN ĐỒNG LOẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tạo hình mũi là một trong những kỹ thuật phẫu thuật thẩm mỹ và tái tạo phổ biến nhất trong phẫu thuật tạo hình. Trong nhiều trường hợp, bệnh nhân có chỉ định nâng mũi hoặc tái tạo mũi cần vật liệu thay thế mô cứng. Ghép sụn là phương pháp lý tưởng vì sụn có tính tương thích sinh học cao, dễ định hình và ít gây phản ứng thải ghép.
- Sụn đồng loại (allogeneic cartilage) là sụn được lấy từ người hiến (đã qua xử lý bảo quản và khử khuẩn) có thể được sử dụng thay thế sụn tự thân trong các trường hợp bệnh nhân không có đủ sụn tự thân (tai, sườn, vách ngăn). Nguồn sụn đồng loại thường là sụn sườn, được lấy từ người hiến xác hoặc trong quá trình phẫu thuật khác, sau đó bảo quản bằng phương pháp đông khô hoặc trong dung dịch đặc biệt.
- Ghép sụn đồng loại giúp tránh được biến chứng tại vùng lấy sụn và rút ngắn thời gian mổ. Tuy nhiên, cần đánh giá kỹ yếu tố miễn dịch, nguy cơ tiêu sụn và các biến chứng muộn.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân có dị tật mũi cần tạo hình nhưng không có đủ sụn tự thân
- Bệnh nhân tái tạo mũi sau tai nạn, phẫu thuật u mũi hoặc sẹo co kéo
- Trường hợp đã từng phẫu thuật mũi trước đó, sụn tự thân đã được lấy hoặc không còn đủ
- Bệnh nhân có chống chỉ định về mặt thể trạng hoặc không đồng ý lấy sụn tự thân
- Phẫu thuật mũi cần khối lượng sụn lớn, khó đạt được từ sụn tự thân (như nâng trụ mũi, dựng đầu mũi).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có tiền sử phản ứng miễn dịch với vật liệu ghép đồng loại
- Tình trạng nhiễm trùng cấp tính vùng mũi hoặc bệnh hệ thống chưa kiểm soát
- Bệnh nhân có bệnh tự miễn tiến triển, nguy cơ cao thải ghép
- Không đảm bảo nguồn gốc hợp pháp và an toàn sinh học của sụn đồng loại
- Da mũi quá mỏng hoặc thiếu lớp mô mềm che phủ có thể gây lộ sụn

4. THẬN TRỌNG

- Cần thông báo rõ cho bệnh nhân về bản chất của sụn đồng loại và các nguy cơ liên quan
- Sụn phải được xử lý đúng quy trình bảo quản, đảm bảo vô khuẩn và loại bỏ kháng nguyên
- Theo dõi nguy cơ thải ghép muộn, tiêu sụn hoặc dị ứng vật liệu
- Tránh sử dụng trong các trường hợp mô da-mô mềm thiếu trầm trọng hoặc sẹo dính nhiều
- Cần dự phòng biến chứng do mảnh ghép bị lộ hoặc nhiễm trùng chậm

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).

- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ nâng mũi: dao lạnh, panh mũi, kéo tạo hình
- Panh tách mô mềm
- Dụng cụ cố định sụn: kim khâu nhỏ, chỉ không tan (Prolene 5-0, Nylon 5-0)
- Sụn đồng loại đã được xử lý vô khuẩn, bảo quản trong môi trường chuyên dụng
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu nếu cần.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Đa số ca thực hiện bằng gây mê toàn thân
- Một số trường hợp đơn giản có thể gây tê tại chỗ phối hợp tiền mê nếu không có chống chỉ định

6.1 Bước 1: Đánh giá và đánh dấu mũi

6.2 Bước 2: Xác định khuyết tật mũi, đo lường chiều cao cần nâng

Chọn kích thước và hình dạng mảnh sụn phù hợp

6.3 Bước 3: Rạch da và tạo khoang

- Đường rạch thường là đường trụ mũi (open rhinoplasty)
- Tách mô mềm đến khung xương-mô sụn

6.4 Bước 4: Tạo hình và đặt sụn

- Cắt gọt mảnh sụn đồng loại theo hình dáng mong muốn
- Đặt mảnh sụn vào các vị trí như sống mũi, trụ mũi, cánh mũi

6.5 Bước 5: Cố định bằng chỉ không tiêu hoặc dùng túi mô để giữ mảnh ghép

6.6 Bước 6: Đóng vết mổ

- Khâu lại da mũi bằng chỉ Nylon 6-0 hoặc 7-0
- Băng ép mũi nhẹ nhàng bằng nẹp định hình hoặc gạc cố định trong 5–7 ngày

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: ép tại chỗ, đặt dẫn lưu nếu cần
- Tụ máu dưới da: theo dõi hoặc rạch dẫn lưu
- Nhiễm trùng mảnh ghép: điều trị kháng sinh, tháo sụn nếu không kiểm soát
- Lệch sụn: phát hiện sớm để nắn chỉnh hoặc phẫu thuật lại

7.3. Biến chứng muộn

- Lộ sụn: nếu sớm có thể ghép mô mềm hoặc chỉnh hình lại; nếu muộn cần tháo sụn
- Tiêu sụn: phát hiện bằng lâm sàng và hình ảnh học; tháo bỏ mảnh ghép, ghép lại sau vài tháng
- Biến dạng mũi thứ phát: tái tạo lại bằng sụn tự thân hoặc vật liệu nhân tạo
- Phản ứng miễn dịch: hiếm gặp do sụn đã xử lý; điều trị bằng corticoid hoặc tháo bỏ nếu không đáp ứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Daniel RK. Rhinoplasty: The Next Step. Quality Medical Publishing, 2013.
- Jang YJ et al. Use of Allogeneic Costal Cartilage in Asian Rhinoplasty. Facial Plast Surg. 2019;35(6):631–637.
- Park SS. Alloplastic versus autogenous grafts in rhinoplasty. Clin Plast Surg. 2016;43(1):1–9.

- Rohrich RJ, Ahmad J. Revision rhinoplasty: overview and an algorithm for management. Plast Reconstr Surg. 2011;128(6):1420–1431.
- Mureau MAM et al. Clinical outcome of nasal reconstruction with irradiated homologous costal cartilage. Plast Reconstr Surg. 2007;120(7):2059–2065.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:1...00

10. PHẪU THUẬT TẠO VẠT CÓ CUỐNG TỪ XA CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo vạt có cuống từ xa là một trong những kỹ thuật vi phẫu tiên tiến trong tạo hình, cho phép di chuyển mô sống từ một vùng cơ thể khác đến vị trí khuyết tổn cần che phủ, trong khi vẫn duy trì sự nuôi dưỡng thông qua một cuống mạch. Kỹ thuật này đặc biệt hữu ích trong các trường hợp tổn khuyết da trán rộng, sâu, có lộ xương, không thể che phủ bằng vạt tại chỗ hoặc ghép da thông thường.
- Vùng trán là một vùng có giá trị thẩm mỹ cao và liên quan đến các cấu trúc giải phẫu quan trọng như sọ, mắt, thần kinh mặt. Do đó, việc phục hồi bằng mô tương thích và đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng là rất quan trọng.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da trán lớn (>5 cm), sâu, không thể khâu kín trực tiếp.
- Tổn thương da trán kèm theo lộ xương, lộ màng xương hoặc các cấu trúc sâu khác.
- Bỏng sâu vùng trán để lại sẹo co kéo, mất chất da nhiều.
- Sau cắt u ác tính hoặc u lành có kích thước lớn vùng trán.
- Tái tạo sau chấn thương, tai nạn hoặc sau các phẫu thuật loại bỏ tổ chức hoại tử.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có tình trạng toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây mê kéo dài.
- Không có vạt da phù hợp về hình thái học, mạch máu nuôi phù hợp.
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.
- Nhiễm trùng đang tiến triển tại vùng nhận hoặc vùng cho vạt.
- Người bệnh không hợp tác, không thể tuân thủ chăm sóc hậu phẫu kéo dài

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ hệ thống mạch máu vùng cho vạt (siêu âm Doppler, CTA, MRA nếu cần).
- Tối ưu hóa tình trạng dinh dưỡng và kiểm soát bệnh lý nền (tiểu đường, tăng huyết áp).
- Cân nhắc lựa chọn loại vạt có cuống phù hợp: vạt xuyên, vạt da cơ, vạt cân cơ...
- Đảm bảo vô trùng tuyệt đối trong và sau mổ để giảm nguy cơ hoại tử vạt.
- Cân nhắc trước về tư thế cố định sau mổ, thời gian mang cuống mạch..

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Kính lúp hoặc kính hiển vi phẫu thuật nếu nối vi phẫu
- Dụng cụ phẫu tích tạo vạt: dao mổ, kéo, panh phẫu thuật, dụng cụ cầm máu

- Dụng cụ nối mạch máu: microvascular clamps, chỉ nylon 9-0 hoặc 10-0
- Hệ thống hút, bơm dịch mạch, bơm tiêm kiểm tra lưu lượng máu
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Gạc mỡ
- Dẫn lưu

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí tổn thương và lấy vạt

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Thường gây mê nội khí quản.

6.1 Bước 1: Đánh giá và đo kích thước vùng khuyết

- Đo chính xác chiều dài, chiều rộng, độ sâu tổn thương.
- Vẽ sơ đồ mô phỏng trên giấy hoặc da bệnh nhân.

6.2 Bước 2: Lựa chọn vạt

- Vạt da đùi trước ngoài (ALT flap), vạt xuyên động mạch mũ vai sau, vạt da cẳng tay quay (radial forearm flap), vạt cơ thang...
- Xác định mạch máu nuôi bằng siêu âm Doppler.
- Thiết kế hình dạng vạt tương ứng vùng trán cần che phủ.

6.3 Bước 3: Cắt và cuộn vạt

- Rạch da theo sơ đồ.
- Bóc tách vạt cùng cuống mạch đi kèm.
- Đảm bảo không làm tổn thương cuống và vạt.

6.4 Bước 4: Tạo đường hầm hoặc ghép nối mạch

- Tùy vào phương pháp: nối cuống vi phẫu với mạch trán, hoặc tạo đường hầm dưới da dẫn vạt đến vị trí nhận.
- Khâu cố định vạt vào vùng trán.
- Vùng cho vạt được khâu kín hoặc ghép da mỏng.

6.5 Bước 5: Chăm sóc sau mổ

- Theo dõi tuần hoàn vạt mỗi 2–4 giờ (màu sắc, độ căng, nhiệt độ).
- Cố định đầu tránh xoay.
- Dùng kháng sinh, thuốc giãn mạch, giảm đau, dinh dưỡng đầy đủ.

6.6 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu: Rạch tháo dịch, thay băng
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Tắc mạch, hoại tử vạt: theo dõi đánh giá liên tục, mổ cấp cứu vạt nếu cần, mổ lại tạo hình vạt khác nếu hoại tử vạt hoàn toàn.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wei FC, Mardini S. Flaps and Reconstructive Surgery. Elsevier, 2009.
- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy and Technique. Churchill Livingstone, 1997.
- Blondeel PN et al. Perforator Flaps: Anatomy, Technique & Clinical Applications. CRC Press, 2013.

- Trần Thiết Sơn. "Các kỹ thuật vi phẫu trong tạo hình." Tạp chí Y học Việt Nam, 2020.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

11. PHẪU THUẬT TẠO VẠT CÓ CUỐNG TỪ XA CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vùng đầu mang tóc là khu vực có đặc điểm giải phẫu đặc biệt: da dày, ít co giãn, có nhiều mạch máu nhưng khả năng di chuyển tổ chức mô bị hạn chế. Khi tổn thương da đầu sâu, rộng hoặc sau cắt bỏ u, chấn thương, bỏng… các phương pháp đóng trực tiếp, vạt tại chỗ hoặc ghép da mỏng không còn phù hợp. Trong những trường hợp này, tạo vạt có cuống từ xa là lựa chọn hiệu quả, giúp phục hồi che phủ tổn thương, bảo tồn hộp sọ, phòng ngừa viêm màng não, đồng thời đảm bảo yếu tố thẩm mỹ.
- Các vạt từ xa thường dùng: vạt da đùi trước ngoài (ALT), vạt cơ lưng rộng, vạt da cẳng tay quay, vạt vai gáy, vạt xuyên mạch...

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da đầu kích thước lớn (>5–6 cm), sâu, có lộ xương sọ, màng cứng.
- Không thể đóng trực tiếp hoặc ghép da do nền tổn thương không đủ điều kiện.
- Khuyết da đầu sau cắt bỏ u ác tính, u xâm lấn xương sọ.
- Bỏng sâu vùng đầu để lại sẹo co kéo mất chất da lớn.
- Tổn thương nhiễm trùng vùng đầu gây hoại tử, cần tái tạo.
- Sau điều trị tia xạ làm tổn thương mô vùng đầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật (suy tim, phổi nặng).
- Thiếu mạch nuôi tại vùng cho hoặc vùng nhận vạt.
- Rối loạn đông máu không kiểm soát.
- Nhiễm trùng đang tiến triển vùng cho hoặc vùng nhận.
- Tình trạng dinh dưỡng quá kém, nguy cơ hoại tử vạt cao.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá hệ thống mạch máu bằng siêu âm Doppler, CTA.
- Cân nhắc kích thước vạt và cuống mạch phù hợp để tiếp cận vùng đầu.
- Tối ưu hóa các bệnh lý nền (đái tháo đường, tăng huyết áp, thiếu máu).
- Theo dõi sát sau mổ: vạt dễ bị hoại tử nếu tuần hoàn kém hoặc đè ép.
- Tránh kéo căng hoặc xoắn cuống mạch trong quá trình dẫn vạt lên đầu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Kính lúp hoặc kính hiển vi phẫu thuật nếu nối vi phẫu

- Dụng cụ phẫu tích tạo vạt: dao mổ, kéo, panh phẫu thuật, dụng cụ cầm máu
- Dụng cụ nối mạch máu: microvascular clamps, chỉ nylon 9-0 hoặc 10-0
- Hệ thống hút, bơm dịch mạch, bơm tiêm kiểm tra lưu lượng máu
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Gạc mỡ
- Dẫn lưu

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Tùy vào vùng cho vạt:

Vạt đùi: bệnh nhân nằm ngửa, đầu kê gối, chân kê cao.

Vạt cơ lưng rộng: nằm nghiêng hoặc sấp.

Đảm bảo thuận tiện cho 2 phẫu thuật viên: người lấy vạt và người chuẩn bị vùng nhận.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Thường gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết

- Đo kích thước, đánh giá độ sâu và tình trạng nền tổn thương.
- Kiểm tra lộ xương, màng cứng, nhiễm trùng, sẹo xơ.

6.2. Bước 2: Lựa chọn và thiết kế vạt

- Thường dùng vạt da đùi trước ngoài (ALT flap), vạt cơ lưng rộng, vạt xuyên mạch mũ vai sau...
- Dựa trên kích thước tổn khuyết và chiều dài cuống mạch để chọn.
- Dùng Doppler định vị cuống mạch, thiết kế sơ đồ vạt.

6.3. Bước 3: Cắt và cuộn vạt

- Rạch da và tách vạt cùng cuống mạch.
- Đảm bảo bảo tồn cuống mạch, tránh tổn thương trong bóc tách.
- Kiểm tra tuần hoàn vạt trước khi chuyển.

6.4 Bước 4: Nối mạch hoặc chuyển cuống

- Nếu là vạt tự do: vi phẫu nối động - tĩnh mạch tại vùng thái dương, chẩm hoặc mặt.
- Nếu là vạt có cuống xa không cắt mạch: tạo đường hầm dưới da và cố định vạt vào vùng đầu.

6.5 Bước 5: Khâu cố định vạt, dẫn lưu dưới vạt.

- Vùng cho vạt: khâu kín hoặc ghép da mỏng.
- Theo dõi hậu phẫu
- Theo dõi màu sắc, độ căng, nhiệt độ vạt mỗi 2–4 giờ.
- Dẫn lưu hoạt động tốt, kiểm soát nhiễm trùng.
- Chống đông nhẹ (heparin liều nhỏ nếu vi phẫu).
- Dùng kháng sinh phổ rộng và dinh dưỡng đầy đủ.

6.6 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều: cầm máu tỉ mỉ, truyền máu nếu cần.
- Tổn thương cuống mạch: nối lại hoặc thay vạt khác.
- Không đủ chiều dài cuống: sử dụng ghép mạch trung gian.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử vạt (toàn phần hoặc một phần): cắt lọc, ghép da lại hoặc dùng vạt khác.
- Tụ máu, tụ dịch: chọc hút hoặc mở lại vết mổ nếu có dấu hiệu chèn ép.
- Nhiễm trùng: kháng sinh mạnh, rửa vết thương, có thể cắt bỏ vạt nếu hoại tử lan rộng.
- Tắc mạch vi phẫu: mổ lại trong 6 giờ đầu để cứu vạt.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu vùng đầu: có thể chỉnh sửa sau 6–12 tháng.
- Rối loạn cảm giác vùng đầu: do tổn thương thần kinh cảm giác.

- Phì đại vạt hoặc teo mỡ dưới da: can thiệp thẩm mỹ sau ổn định.
- Co kéo da gây biến dạng đầu: cần tạo hình lại sau vài tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wei FC, Mardini S. Flaps and Reconstructive Surgery. Elsevier, 2009.
- Blondeel PN, Morris SF, Hallock GG. Perforator Flaps: Anatomy, Technique & Clinical Applications. CRC Press, 2013.
- Kim JT, Lee JW. "Scalp reconstruction using free flaps." Archives of Plastic Surgery. 2015;42(6):697–704.

truly.kcb_Le Van [illegible]

12. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TRỤ MŨI BẰNG GHÉP PHỨC HỢP VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Trụ mũi (columella) là cấu trúc giải phẫu nằm giữa hai lỗ mũi, đóng vai trò quan trọng về cả mặt thẩm mỹ và chức năng. Trụ mũi giúp nâng đỡ đầu mũi, định hình lỗ mũi và ảnh hưởng lớn đến hình thể tổng thể của tháp mũi. Tổn khuyết trụ mũi có thể do chấn thương, phẫu thuật ung thư, biến chứng sau phẫu thuật mũi hoặc bẩm sinh. Việc tái tạo trụ mũi đòi hỏi phải phục hồi được cấu trúc vững chắc và có lớp phủ da mỏng, đồng thời đảm bảo sự hài hòa về mặt thẩm mỹ.
- Ghép phức hợp vành tai (chứa sụn và da liền khối) là một trong những lựa chọn phổ biến và hiệu quả trong tạo hình trụ mũi. Vành tai cung cấp một tổ chức có độ cong tự nhiên, gồm cả mô mềm và sụn, phù hợp với yêu cầu cấu trúc và thẩm mỹ của trụ mũi. Phương pháp này thường áp dụng trong tổn khuyết toàn phần hoặc gần toàn phần trụ mũi.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết trụ mũi toàn bộ hoặc một phần lớn sau chấn thương, nhiễm trùng, u hoặc biến chứng phẫu thuật
- Thiểu sản trụ mũi bẩm sinh hoặc mắc phải
- Các trường hợp tái tạo trụ mũi thất bại sau tạo hình trước đó
- Cần tạo trụ mũi vững chắc hỗ trợ đầu mũi trong các ca nâng mũi kết hợp tái cấu trúc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng mũi hoặc tai
- Tổn thương vành tai làm mất khả năng lấy vạt ghép
- Rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch chưa được kiểm soát
- Thiếu mô mềm che phủ vùng mũi (sẹo dính, da mỏng, xơ hóa nặng)
- Bệnh nhân có yêu cầu thẩm mỹ cao không chấp nhận sẹo vùng tai

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ và so sánh với tai đối diện để tránh biến dạng mất cân xứng sau khi lấy vạt
- Cần chọn vùng ghép phù hợp để bảo tồn đường viền tai ngoài
- Ghép phức hợp cần thực hiện nhanh chóng để tránh hoại tử do thiếu tưới máu
- Theo dõi sát lưu lượng máu đến mảnh ghép trong 72 giờ đầu sau mổ
- Cân nhắc kết hợp với vạt da mũi hoặc ghép da nếu thiếu lớp phủ ngoài

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Dụng cụ lấy sụn vành tai: kéo cong, panh tách mô, dao số 15
- Dụng cụ tạo hình vùng mũi: panh cầm máu, kéo tỉa mô, dụng cụ khâu
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Gạc mỡ
- Dẫn lưu

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Gây mê toàn thân thường được chỉ định, đặc biệt nếu cần can thiệp cả vùng tai và mũi

Gây tê tại chỗ có thể áp dụng trong những ca đơn giản hoặc khi bệnh nhân có chống chỉ định gây mê.

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết
- Xác định kích thước và hình dạng trụ mũi cần tái tạo
- Lên kế hoạch tạo hình đồng bộ với toàn bộ tháp mũi

6.2. Bước 2: Thiết kế và lấy mảnh ghép phức hợp
- Chọn vị trí sau vành tai hoặc phía trên gờ xoắn tai, lấy mảnh da-sụn liền khối dài từ 2 đến 3 cm
- Mảnh ghép cần có chiều cong phù hợp, giữ nguyên mạch liên kết giữa da và sụn

6.3. Bước 3: Chuẩn bị nền trụ mũi
- Tạo rãnh tiếp nhận mảnh ghép giữa hai cánh mũi
- Cắt lọc mô xơ, làm sạch tổ chức viêm nếu có

6.4. Bước 4: Đặt và cố định mảnh ghép
- Đặt mảnh ghép vào vị trí trụ mũi sao cho lớp da bên ngoài hướng ra ngoài
- Khâu cố định phần sụn vào nền vách mũi hoặc xương mũi bằng chỉ không tiêu

6.5. Bước 5: Khâu phần da tiếp giáp cánh mũi sao cho khít, tránh căng hoặc hoại tử

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ vùng tai
- Khâu phục hồi tổ chức vành tai bằng chỉ tiêu hoặc không tiêu nhỏ

6.7. Bước 7: Băng ép và cố định
- Băng nhẹ vùng mũi, tránh đè ép vào vùng ghép
- Băng ép vùng tai nếu cần để chống tụ máu.

6.8 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Hoại tử mảnh ghép: thường do thiếu máu nuôi, điều trị bằng cắt lọc và ghép lại sau vài tuần
- Tụ máu dưới da vùng tai: mở lại và dẫn lưu
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh phổ rộng, tháo bỏ mảnh ghép nếu cần
- Lệch mảnh ghép: phát hiện sớm và chỉnh lại trong 48 giờ đầu

7.3. Biến chứng muộn
- Co rút hoặc biến dạng trụ mũi: phẫu thuật chỉnh sửa bằng mảnh sụn bổ sung
- Sẹo xấu vùng tai: điều trị bằng corticoid nội tổn thương hoặc phẫu thuật tạo hình lại
- Không hài lòng về hình thể: có thể điều chỉnh sau 3–6 tháng bằng phẫu thuật thẩm mỹ
- Lộ sụn: thường do thiếu lớp mô che phủ, cần can thiệp bằng ghép mô mềm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Menick FJ. Nasal Reconstruction: Art and Practice. Saunders, 2009
- Park SS. Fundamentals of Nasal Reconstruction. Facial Plast Surg Clin North Am.

2016;24(4):379–389
- Khosla RK, Mabry K. Composite grafts in nasal reconstruction. Clin Plast Surg. 2001;28(2):261–272
- Thorne CH. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 8th edition. Wolters Kluwer, 2018

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:1

13. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SỬA LỆCH TRỤC NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lệch trục ngón tay là tình trạng biến dạng ngón tay gây mất chức năng và ảnh hưởng thẩm mỹ. Nguyên nhân thường gặp là chấn thương, di chứng gãy xương không lành đúng vị trí, hoặc bệnh lý khớp.
- Phẫu thuật sửa lệch trục nhằm tái lập lại trục xương ngón tay, đảm bảo chức năng gấp duỗi và cải thiện hình dạng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngón tay bị lệch trục do di chứng gãy xương hoặc khớp.
- Biến dạng gây ảnh hưởng chức năng cầm nắm hoặc thẩm mỹ.
- Không thể điều chỉnh bằng phương pháp bảo tồn hoặc nắn chỉnh thông thường.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ điều kiện gây mê hoặc phẫu thuật.
- Nhiễm trùng cấp tính vùng ngón tay hoặc mô mềm xung quanh.
- Bệnh toàn thân nặng chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá chính xác mức độ lệch trục bằng X-quang trước mổ.
- Cân nhắc lựa chọn kỹ thuật cố định xương (kim Kirschner, nẹp vít,...) phù hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật chấn thương chỉnh hình: 2 người.
- Điều dưỡng: 1 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc gây mê, kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương, bộ cố định (kim Kirschner, nẹp vít...).
- Dao điện, dụng cụ cầm máu, chỉ khâu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dung cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô phuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, bàn tay đặt trên bàn mổ chuyên dụng.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Sát trùng và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da theo đường mổ phù hợp, bộc lộ vùng xương hoặc khớp bị lệch trục.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh trục xương bằng thủ thuật hoặc cắt chỉnh xương nếu cần.

6.4. Bước 4: Cố định xương bằng kim Kirschner hoặc nẹp vít.

6.5. Bước 5: Kiểm tra độ thẳng trục bằng X-quang trong mổ (nếu có).

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi mô mềm và đóng da từng lớp.

6.7. Bước 7: Băng bó và cố định ngón tay bằng nẹp.

6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Tình trạng tuần hoàn đầu ngón, dấu hiệu đau, sưng nề.
- Theo dõi nhiễm trùng vết mổ.
- Kiểm tra sự cố định của xương.

7.2. Xử trí
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, rửa vết mổ, dẫn lưu nếu cần.
- Lỏng cố định: phẫu thuật lại để cố định lại trục.
- Cứng khớp: tập vật lý trị liệu sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học.
2. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", NXB Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

14. PHẪU THUẬT THU NHỎ NGÓN TAY KHỔNG LỒ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngón tay khổng lồ (macrodactyly) là dị tật bẩm sinh hiếm gặp với đặc điểm một hoặc nhiều ngón tay phát triển quá kích thước bình thường.
- Phẫu thuật thu nhỏ ngón tay nhằm mục đích cải thiện thẩm mỹ, phục hồi chức năng và hạn chế tình trạng biến dạng tiếp tục tiến triển.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngón tay phát triển phì đại gây mất thẩm mỹ và cản trở vận động.
- Biến dạng gây hạn chế chức năng cầm nắm, ảnh hưởng sinh hoạt.
- Các trường hợp có thể kết hợp phẫu thuật chỉnh xương, mô mềm để giảm kích thước.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không đảm bảo gây mê.
- Tình trạng viêm nhiễm cấp tính vùng bàn tay/ngón tay.
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc không có nhu cầu cải thiện thẩm mỹ/chức năng.

4. THẬN TRỌNG

- Cần chẩn đoán phân biệt với u mô mềm hoặc bệnh lý tăng sản khác.
- Đánh giá chính xác cấu trúc xương, gân, mạch máu trước phẫu thuật (X-quang, MRI nếu cần).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình/chấn thương chỉnh hình: 2 người.
- Điều dưỡng: 1 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, thuốc tê, kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương và mô mềm.
- Dao điện, dụng cụ cầm máu, chỉ khâu, dụng cụ cắt xương (cưa tay hoặc điện).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dung cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô phuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuậtL: nằm ngửa, bàn tay cố định trên bàn mổ

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê đám rối cánh tay.

6.1. Bước 1: Sát trùng rộng và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Đường rạch da phù hợp với vị trí và kích thước cần thu nhỏ.

6.3. Bước 3: Cắt lọc tổ chức mỡ, mô mềm phì đại.

6.4. Bước 4: Thu gọn xương nếu cần (cắt chỉnh xương).

6.5. Bước 5: Tạo hình lại gân, thần kinh nếu bị ảnh hưởng.

6.6. Bước 6: Khâu đóng từng lớp, đảm bảo thẩm mỹ và chức năng.

6.7. Bước 7: Cố định ngón tay bằng nẹp nếu có can thiệp xương.

6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Chảy máu, phù nề, dấu hiệu sống của ngón tay.
- Nhiễm trùng, hoại tử mô mềm.
- Cứng khớp và giảm vận động sau phẫu thuật.

7.2. Xử trí
- Cầm máu bằng băng ép, mở kiểm tra nếu cần.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh phù hợp.
- Vật lý trị liệu phục hồi chức năng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles", Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), "Flap and Reconstructive Surgery", Elsevier Inc.

15. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MỎNG VẠT CHO KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết phần mềm chi thể thường gặp sau chấn thương, bỏng hoặc cắt bỏ u, đặc biệt ở những vị trí cần bảo vệ gân, xương hoặc mạch máu.
- Phẫu thuật tạo hình mỏng vạt (thinning flap) là kỹ thuật điều chỉnh độ dày của vạt để đạt tính mềm mại, giảm độ dày mà vẫn duy trì nguồn nuôi vạt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết phần mềm chi thể diện rộng, cần che phủ mỏng để thuận lợi cho vận động.
- Khuyết sau chấn thương hoặc cắt u lộ gân, xương.
- Các trường hợp cần tạo hình tinh tế, giảm độ dày vạt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Nhiễm trùng lan rộng hoặc nền vết thương không sạch.
- Mạch máu nuôi vùng cho vạt bị tổn thương.

4. THẬN TRỌNG

- Kỹ thuật mỏng vạt đòi hỏi phẫu tích chính xác, tránh làm tổn thương mạng mạch dưới da.
- Chỉ mỏng vạt khi đã đảm bảo cuống mạch đủ nuôi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 3 người.
- Điều dưỡng: 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê hoặc gây tê, kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, dao điện, kẹp phẫu tích.
- Chỉ khâu, gạc, vật liệu cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dung cụ phẫu thuật cơ bản.
- Gạc phẫu thuật.
- Mũ.
- Khẩu trang.
- Găng vô phuẩn.
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon.
- Dao điện.
- Lưỡi dao mổ.

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: tùy vị trí tổn thương, sắp xếp thuận lợi cho lấy và chuyển vạt.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê đám rối thần kinh.

6.1. Bước 1: Sát trùng và trải khăn vô khuẩn

6.2. Bước 2: Đánh giá nền khuyết, cắt lọc vết thương.

6.3. Bước 3: Thiết kế vạt theo kích thước khuyết.

6.4. Bước 4: Rạch da, bóc tách và nâng vạt có cuống mạch.

6.5. Bước 5: Mỏng vạt bằng cách cắt bỏ bớt tổ chức mỡ dưới da, giữ nguyên mạng mạch.

6.6. Bước 6: Chuyển vạt che phủ tổn khuyết, khâu cố định từng lớp.

6.7. Bước 7: Đóng vùng cho vạt hoặc ghép da mỏng nếu cần.

6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Tình trạng tuần hoàn vạt: màu sắc, nhiệt độ, độ căng.
- Chảy máu, tụ dịch hoặc nhiễm trùng.

7.2. Xử trí
- Băng ép, dẫn lưu và thay băng định kỳ.
- Kháng sinh nếu nhiễm trùng.
- Phẫu thuật lại nếu vạt hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles", Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), "Flap and Reconstructive Surgery", Elsevier Inc.

16. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp hộp sọ là kỹ thuật ít xâm lấn hơn, sử dụng các dụng cụ nội soi chuyên biệt để cắt đường khớp dính qua các đường rạch da nhỏ. Kỹ thuật giúp giảm mất máu, giảm tổn thương mô, rút ngắn thời gian nằm viện và phục hồi nhanh. Ngoài ra, khi cần thiết, có thể kết hợp đặt hệ thống kéo giãn xương (distraction osteogenesis) để định hướng sự phát triển của hộp sọ về sau. Đây là phương pháp hiện đại, hiệu quả và an toàn, phù hợp với trẻ nhỏ dưới 1 tuổi có chỉ định điều trị hẹp hộp sọ.
- Mục tiêu chính của phẫu thuật là giải phóng đường khớp dính, giúp não bộ phát triển bình thường, ngăn ngừa biến chứng thần kinh do tăng áp lực nội sọ và cải thiện hình dạng hộp sọ về mặt thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH:

-Bệnh nhân được chẩn đoán dị tật hẹp hộp sọ do đóng sớm một hoặc nhiều đường khớp sọ (sagittal, coronal, metopic, lambdoid…), có hoặc không kèm theo các hội chứng di truyền như Crouzon, Apert…

-Các trường hợp hẹp hộp sọ có biểu hiện tăng áp lực nội sọ hoặc biến dạng hộp sọ ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng thần kinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

-Các bệnh lý toàn thân nặng không cho phép gây mê kéo dài (suy tim, suy hô hấp nặng...).

-Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

-Nhiễm trùng toàn thân chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

-Trẻ nhẹ cân, suy dinh dưỡng, thiếu máu cần được điều trị ổn định trước mổ.

-Bệnh nhân có bất thường về giải phẫu tĩnh mạch màng cứng hoặc các cấu trúc sọ não cần hội chẩn trước mổ.

-Cần đánh giá kỹ nguy cơ mất máu, đôi khi phải chuẩn bị truyền máu trong mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Camera và bộ dụng cụ nội soi chuyên biệt.

-Dụng cụ bóc tách sọ, dao mổ điện đơn cực/lưỡng cực.

-Cưa cắt và mài xương sọ.

-Dụng cụ kéo giãn xương sọ (nếu chỉ định).

-Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình hàm mặt, bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ.

- Gạc phẫu thuật
- Chỉ phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng

chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 - 360 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản toàn thân.

6.1. Bước 1:
- Tiêm tê tại chỗ dưới da đầu bằng dung dịch Lidocain pha Adrenalin (1/20000), liều tính theo cân nặng trẻ, tiêm chậm, tránh tiêm vào mạch máu.
-Rạch da đầu nhỏ (~2–3 cm) tại hai đầu đường khớp cần can thiệp.

6.2. Bước 2:
-Bóc tách lớp da đầu và màng ngoài xương một cách nhẹ nhàng để bộc lộ đường khớp dính.

6.3. Bước 3:
-Đưa thiết bị nội soi vào vùng bóc tách, kiểm soát tầm nhìn.
-Cắt dải xương sọ dọc theo đường khớp bị dính (~1–2 cm rộng), bảo tồn màng cứng bên dưới.
-Kiểm tra kỹ vị trí cắt và làm sạch mảnh vụn xương.
-Nếu chỉ định, đặt hệ thống kéo giãn xương qua vết mổ, cố định vào hai đầu mảnh xương cắt.
-Cầm máu bằng dao đốt lưỡng cực và clip nếu cần.
-Đặt dẫn lưu dưới da đầu.

6.4. Bước 4:
-Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu, sát trùng và băng ép nhẹ.

6.5 Kết thúc quy trình:
-Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
-Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu do tổn thương mạch: xử trí bằng clip, đốt điện, hoặc khâu.
-Tổn thương màng cứng, rò dịch não tủy: vá bằng keo sinh học hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
-Tăng áp lực nội sọ: đánh giá tri giác, chụp lại hình ảnh, hội chẩn thần kinh nếu có dấu hiệu nghi ngờ.

7.4. Biến chứng muộn

-Tái dính khớp sọ.
-Biến dạng hộp sọ thứ phát.
-Rối loạn phát triển thần kinh do can thiệp muộn hoặc không hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hansen JT. Netter’s Clinical Anatomy. Elsevier Health Sciences; 2021.
2. Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
3. Trần Thiết Sơn (2018). Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. NXB Y học.
4. Neligan, Gurtner (2018). Plastic Surgery: Principles, Fourth edition, Elsevier Inc on. 4th edition. Elsevier; 2021.

17. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÙNG ĐỒ MẮT BẰNG VẠT DA TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình cùng đồ mắt do cạn cùng đồ sau chấn thương/cắt khối u lớn bằng vạt da tự do kỹ thuật vi phẫu. Kỹ thuật tái tạo cùng đồ mắt (nếp kết mạc mi) bằng vạt da được lấy từ vùng khác trên cơ thể, chuyển đến vị trí cùng đồ để phục hồi chức năng và thẩm mỹ.
- Mục đích:

+ Làm sâu cùng đồ, giúp dễ dàng tháo lắp mắt giả.
+ Che phủ phần củng mạc lộ ra, giảm nguy cơ khô mắt và loét giác mạc.
+ Bảo vệ mắt khỏi các tác nhân bên ngoài.
+ Tạo hình lại nếp cùng đồ mắt trông tự nhiên hơn.
+ Cải thiện vẻ ngoài của mắt.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Cạn cùng đồ mắt (trên, dưới, ngoài, trong) do bỏng, chấn thương, u, sẹo xơ hóa sau mổ.
- Mắt giả không giữ được vị trí do mất nếp cùng đồ.
- Biến chứng sau cắt bỏ nhãn cầu gây biến dạng hốc mắt nặng.
- Chuẩn bị mô nền để cấy ghép mắt nhân tạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát được (đái tháo đường mất bù, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).
- Nhiễm trùng đang tiến triển tại vùng nhận hoặc vùng cho.
- Không có cuống mạch phù hợp tại vùng cho hoặc mạch nhận.

4. THẬN TRỌNG

- Phải khảo sát mạch máu vùng cho bằng siêu âm Doppler hoặc chụp CT-angiography trước mổ.
- Lựa chọn vạt phù hợp về độ dày, độ cong với nền cùng đồ.
- Không gây tổn thương đến cơ nâng mi hoặc dây thần kinh vận nhãn trên.
- Cần có ê-kíp vi phẫu nhiều kinh nghiệm để đảm bảo tỷ lệ sống của vạt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Bộ dụng cụ vi phẫu (panh vi mạch, chỉ nối mạch)
- Kính hiển vi phẫu thuật
-Bộ dụng cụ bóc tách vạt
-Máy siêu âm Doppler cầm tay

- Máy hoặc dao lấy da ghép

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 300-480 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1: Chuẩn bị nền nhận

- Rạch da vùng mi và hốc mắt theo đường sẹo cũ hoặc theo thiết kế tạo hình.
- Bóc tách mô xơ sẹo, cắt lọc tổ chức hoại tử.
- Tạo khoang cùng đồ sâu hơn bằng cách tách mô liên kết, có thể ghép sụn sườn hoặc sụn vành tai làm giá đỡ.
- Xác định và chuẩn bị mạch nhận (động mạch thái dương nông, tĩnh mạch thái dương nông hoặc TM mặt)

6.2. Bước 2: Kíp 2: Tạo vạt da cân có cuống mạch

- Dùng siêu âm Doppler tìm mạch xuyên vùng cho (ví dụ: nhánh xuyên động mạch quay).
- Đánh dấu ranh giới vạt có kích thước tương ứng nền nhận.
- Rạch da theo thiết kế vạt.
- Bóc tách lớp da và cân kèm cuống mạch nuôi.
- Kiểm tra mạch máu: đảm bảo mạch tốt, cuống không bị xoắn, vặn.
- Cắt vạt, khâu tạm để kiểm tra tình trạng sống.

6.3. Bước 3: Nối vi mạch và cố định

- Chuyển vạt đến vùng nhận.
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối động mạch và tĩnh mạch tương ứng (kỹ thuật vi phẫu 10-0 nylon).
- Cố định vạt vào vùng nền nhận bằng chỉ không tiêu 6-0, tạo hình lại cùng đồ bằng khâu sâu kết hợp đặt canule/miếng silicon tạm giữ rãnh.

- Khâu đóng vùng cho, dẫn lưu nếu cần.

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt da: màu sắc, độ ấm, tốc độ hồi mao mạch, test kim châm.
- Theo dõi dẫn lưu, phù nề, chảy máu.
- Xét nghiệm: Hct, Hgb, CRP, công thức máu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
- Thiếu máu vạt hoặc tắc mạch vạt: can thiệp sớm trong 6–8 giờ đầu, tháo khâu, kiểm tra lại nối mạch.

7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử vạt: cắt lọc mô hoại tử, lên kế hoạch tạo hình lại sau vài tuần.
- Sẹo xấu, dính mí: can thiệp bằng phẫu thuật sửa sẹo sau 6 tháng.
- Không đạt chức năng chớp mắt: tập phục hồi chức năng, can thiệp lại nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
- MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th edition. Elsevier; 2021.

18. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÙNG ĐỒ MẮT BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật ghép da tự thân trong trường hợp dùng đồ mắt bị hẹp dẫn đến khó khăn trong việc đặt mắt giả.
- Ghép da tự thân là chỉ định thông dụng nhất cho tạo hình cùng đồ. Kỹ thuật sử dụng là ghép da mỏng. Da mỏng có thể được lấy ở nhiều nơi, vị trí ưu tiên là ở bẹn bụng, da mông, mặt trong đùi. Ưu điểm là những vị trí này thường dễ lấy và dễ giấu đường sẹo nơi cho.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Hẹp cùng đồ mắt sau chấn thương, bỏng, cắt bỏ nhãn cầu.
- Co rút, biến dạng cùng đồ ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng không kiểm soát được.
- Rối loạn tâm thần, không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi hoặc có bệnh nội khoa cần hội chẩn trước mổ.
- Đánh giá vùng lấy da và khả năng liền sẹo tốt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120-180 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Làm sạch cùng đồ bằng dung dịch sát khuẩn và nước muối sinh lý.
- Đánh giá vùng hẹp, xác định mức độ co rút và mở rộng cùng đồ bằng rạch giải phóng sẹo.

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị vùng lấy da: thường ở bẹn, mặt trong đùi hoặc mông. Làm sạch và gây tê tại chỗ vùng lấy da.
- Lấy mảnh ghép da mỏng (0.2 - 0.3 mm), có thể bằng dao Humby hoặc dao điện chuyên dụng. Kích thước da ghép phù hợp vùng cần ghép.

6.3. Bước 3:

- Đặt mảnh da ghép vào vùng cùng đồ đã được tạo hình, điều chỉnh cho khớp các mép và đảm bảo không căng.
- Cố định mảnh da bằng chỉ khâu không tiêu hoặc keo sinh học. Có thể sử dụng khuôn tạo hình (mold conformer) giữ hình dạng cùng đồ và giữ mảnh ghép.
- Đặt gạc chống dính và băng ép nhẹ.

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng vùng ghép: màu sắc, phù nề, tiết dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.

-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng Hoại tử da ghép: đánh giá lại tình trạng nuôi ghép, xem xét ghép lạimuộn

- Sẹo co kéo làm tái hẹp cùng đồ: cần đánh giá và có thể phải mổ lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. St Louis: Quality Medical Publishing, 2008.
- Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393-410, 1985.
- Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91:1017-1024, 1993.
- DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Upper eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
- Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
- Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.
- Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
- Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.
- Baek SM, Kim SS, Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
- Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

19. PHẪU THUẬT CẮT CƠ VÒNG MI ĐIỀU TRỊ SỤP MI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Sụp mi bẩm sinh là bệnh lý thường gặp trong bệnh cảnh tổn thương của mi mắt trên, biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sa trễ và hạn chế vận động của mi trên gây ảnh hưởng tới chức năng (nhược thị) và thẩm mỹ cho bệnh nhân.
- Nguyên tắc chung:

Xác định nguyên nhân của sụp mi trước khi lên kế hoạch can thiệp phẫu thuật và loại trừ chứng hẹp khe mi.

Một mục tiêu chính của tất cả điều trị mi là để tránh rút ngắn mi trên và tạo ra triệu chứng hở mi.

Gây tê tại không biến dạng giải phẫu mi mắt. Khi sử dụng epinephrine, sự kích thích hóa học của cơ Mueller sẽ thêm 1-2 mm độ cao đến vị trí mi trên.

Có dụng cụ che giác mạc bảo vệ mắt và cho phép hình dung các mốc giải phẫu trong khi phẫu thuật.

Khi đánh giá vị trí mi trước hoặc trong phẫu thuật, đèn phải được hạ xuống để tránh kích thích nheo mắt phản xạ.

Đỉnh dọc biên độ mí mắt trên nên nằm trực tiếp trên biên độ giữa của đồng tử, biên độ đồng tử mũi.

Các bờ ngang của mi nên nằm khoảng giữa của khẩu độ đồng tử và giao nhau giữa giác-củng mạc. Nếu chức năng cơ vòng mi bị tổn thương thứ cấp đến rối loạn cơ hoặc thần kinh, mi nên nằm gần với khẩu độ đồng tử.

Vết mổ nếu dẫn đến việc cắt bỏ các tổ chức (ví dụ, sụn mi - kết mạc, phẫu thuật cơ muller) nên theo đường cong của mi

Cắt da trong các phẫu thuật mi lần thứ 2 hoặc 3 được giảm thiểu hoặc tránh hoàn toàn.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sụp mi bẩm sinh mức độ nhẹ đến trung bình.
- Có hoặc không kèm theo phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Trường hợp tái phát sau các phẫu thuật điều trị sụp mi trước đó.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng, không đảm bảo an toàn gây mê, phẫu thuật.
- Rối loạn tâm thần không kiểm soát.
- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng mắt.

4. THẬN TRỌNG

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nhiều lần vùng mi.
- Tổn thương thần kinh, cơ nâng mi do nguyên nhân thứ phát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án
-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:
- Sát khuẩn và trải khăn vô trùng.
- Đánh dấu đường mổ theo cung mi tự nhiên (có thể hình elip tùy mức độ da thừa).

6.2. Bước 2:
- Rạch da theo đường đã đánh dấu bằng dao mổ số 11.
- Tách lớp dưới da để bộc lộ cơ vòng mi.
- Cắt bỏ một phần cơ vòng mi tùy theo đánh giá mức độ sụp mi và da thừa.

6.3. Bước 3:
- Cẩn thận tránh tổn thương các tuyến phụ trợ như tuyến Zeiss, tuyến Moll.
- Đánh giá lại độ nâng mi bằng test nâng cơ nâng mi nếu cần.
- Cầm máu kỹ bằng dao điện hoặc dao lưỡng cực.

6.4. Bước 4:
- Khâu vết mổ từng lớp bằng chỉ Nylon 6/0, tạo nếp mi tự nhiên.
- Kiểm tra cân đối hai bên, điều chỉnh nếu lệch.
- Đặt gạc vô trùng và băng vùng mắt.

6.5. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Quan sát vùng phẫu thuật: sưng, đau, tiết dịch, chảy máu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Sụp mi tái phát.
- Co mi trên quá mức.
- Lộn mi trên ra ngoài.
- Nếp mi bất thường: mất nếp mi, hai nếp mi, lệch nếp mi.
- Thừa kết mạc nếu không xử lý đồng thời.
- Sẹo lồi, mất lông mi, sa kết mạc, thủng nhãn cầu (hiếm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Correction of ptosis, Martini. Newman and Henry M. Spinelli, Chapter 39, p405-410, Grabb and Smith's Plastic Surgery, Sixth edition, 2007.
- Ptosis: causes, presentation, and management. Finsterer J. Aesthetic Plast Surg. 2003 May-Jun;27(3):193-204.
- Spinelli HM. Atlas of Aesthetic Eyelid and Periocular Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2004
- Cohen AJ, Weinberg DA, eds. Evaluation and Management of Blepharoptosis. 1st. New York, NY: Springer-Verlag; 2010.
- Park DH, Baik BS. Advancement of the Müller muscle-levator aponeurosis composite flap for correction of blepharoptosis. Plast Reconstr Surg. 2008 Jul. 122(1):140-2

20. PHẪU THUẬT GHÉP MẢNH VÀNG ĐIỀU TRỊ HỞ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hở mi mắt là một tình trạng của mắt cụ thể là mi mắt không có khả năng khép kín lại ngay cả khi bệnh nhân đã chủ động nhắm mắt.
- Kiểm tra chức năng của dây thần kinh số VII bằng cách yêu cầu bệnh nhân thực hiện việc nhắm 2 mắt như đi ngủ hoặc nhắm chặt mắt chủ động. Nếu nhận thấy hình dạng mi mắt bị biến đổi, cơ chế bơm nước mắt bị ảnh hưởng, bề mặt nhãn cầu bị tổn thương thì sẽ chẩn đoán là bệnh nhân đã bị hở mi mắt.
- Nếu đã được chẩn đoán hở mi cần điều trị sớm để tránh gây ảnh hưởng nặng nề đến các chức năng và hoạt động bình thường của mắt, về lâu dài cũng gây ảnh hưởng không nhỏ đến sinh hoạt của người bệnh.
- Nguyên nhân gây hở mí mắt

+ Liệt dây thần kinh mặt (cụ thể là dây thần kinh số VII)
+ Tổn thương cơ mặt hoặc tổn thương tại mắt
+ Khối u vùng mắt
+ Chấn thương sọ não
+ Bệnh lý về mắt như lồi mắt, lõm mắt, sẹo trong mắt...
+ Rối loạn giấc ngủ
+ Biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ (cắt mí, loại bỏ bọng mắt...), đa số các trường hợp là ở mi dưới
+ Có thể do di truyền: nhiều thành viên trong gia đình có tình trạng này thì khả năng rất cao bạn cũng sẽ gặp phải vấn đề đó.

- Biến chứng thường gặp của hở mi mắt

+ Do đặc điểm cấu tạo của mắt luôn cần được bôi trơn để có thể hoạt động được bình thường. Cụ thể, khi mắt nhắm hoặc chớp mắt sẽ giúp cung cấp nước cho mắt, nước được bôi đều trên toàn bộ giác mạc, phần kết mạc phía trước nhãn cầu, giúp cho đôi mắt không bị mỏi và khô.
+ Khi mi mắt bị hở, không thể chớp mắt được, lâu dần mặt sẽ bị khô, mờ đục hay thậm chí là loét giác mạc, gây ảnh hưởng không nhỏ đến thị lực, thậm chí trường hợp nặng có thể gây mù lòa.
+ Cần phải đề cập đến việc hở mi mắt khiến mắt không thể nhắm khi ngủ nên bị bụi bẩn và dị vật rơi vào mắt khiến mắt bị đau, nhiễm trùng mắt, viêm kết mạc, viêm giác mạc...

2. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp hở mi do bệnh lý gây co rút cơ mi trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ)
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh
6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT
Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
6.1. Bước 1:
- Rạch da mi trên theo thiết kế đường cong song song với bờ mi.
6.2. Bước 2:
- Bóc tách qua lớp cơ vòng mi
- Bộc lộ sụn mi trên
- Đặt mảnh vàng lên trên sụn mi
- Khâu cố định mảnh vàng vào sụn mi
6.3. Bước 3:
- Khâu đóng da bằng chỉ nylon 6/0.
- Khâu cố định bờ mi trên dưới.
6.4. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi tái phát sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.
- Phản ứng thải loại với mảnh vàng. Xử trí: lấy bỏ mảnh vàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

21. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI NHỎ HƠN 1 CM2

ttps://benhvien...vn_25/10/2023 8:17:00

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật tạo hình vạt tại chỗ che phủ các khuyết phần mềm mũi nhỏ hơn 1cm^2 do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, bẩm sinh…).
- Nguyên lý: Sử dụng vạt tại chỗ che phủ, phần mềm vùng mũi bao gồm nhiều cấu trúc khác nhau: da, sụn mũi, niêm mạc mũi nên việc phục hồi các tổn khuyết này cần đảm bảo đầy đủ các cấu trúc tương ứng.
- Mục đích: che phủ phần khuyết phần mềm vùng mũi

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn khuyết phần mềm vùng mũi nhỏ hơn 1 cm2.

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocaine - adrenaline, betadine 10%
- Nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cá nhân
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật mũi trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi, chiều dài sống mũi, độ nhô đầu mũi, góc mũi - trán, góc mũi - môi, độ vững trụ mũi, vách mũi, biến dạng sống mũi.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến

chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Điều trị ổn định các bệnh lý nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu).
- Vệ sinh vùng phẫu thuật (cạo lông mũi) và vệ sinh toàn thân.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 – 120 phút (1,5 – 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm:

Gây mê nội khí quản, đặt ống giữa miệng hàm dưới.

Gây mê nội khí quản hoặc tê vùng nếu vết thương đơn giản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn toàn mặt

6.2. Bước 2: Bộc lộ tổn khuyết, đo kích thước khuyết hổng, xác định kích thước dưới 1 cm^2.

6.3. Bước 3: Đánh dấu vùng da mép tổn khuyết, thiết kế vạt tại chỗ

6.4 Bước 4: Bóc vạt tại chỗ.

6.5 Bước 5: Tạo hình phục hồi cấu trúc của mũi (nếu cần thì lấy sụn tai để ghép).

6.6 Bước 6: Băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2, hô hấp, tình trạng vết mổ, thay băng hàng ngày, theo dõi vạt hàng ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

- Hoại tử vạt.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths-plastic- surgery- 3467.
2. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.”Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive-Surgery/9781604068481.
3. Song, Zhen, et al. “Nasal Reconstruction With the Expanded Forehead Flap: Long-term Follow- up of Esthetic Outcome and 12- year Experience.” Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, vol. 83, Elsevier BV, Aug. 2023, pp. 109–16. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.bjps.2023.04.005.
4. Srinivas, Venkatesh Mysore, and Manjunath Kalapurmat Nagabhushanaiah. “Nose Reconstruction Using Local and Regional Flaps: The Challenges and Advantages.” PubMed Central (PMC), https://do1. org/10.4103/JCAS.JCAS_113_19.

22. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KÉO DÀI KHE MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật kéo dài khe mắt là thủ thuật tạo hình nhằm tăng chiều ngang khe mi bằng cách can thiệp vào góc mắt trong hoặc góc mắt ngoài. Kỹ thuật này thường áp dụng trong dị tật khe mắt ngắn bẩm sinh, di chứng sẹo co kéo, hoặc với mục đích thẩm mỹ.

Nguyên lý: Giải phóng mô sẹo hoặc cấu trúc bất thường, sau đó tạo hình lại góc mắt trong hoặc ngoài bằng cách chuyển vạt da, niêm mạc hoặc cắt chỉnh dây chằng góc mắt, nhằm làm dài khe mi theo hướng mong muốn.

Mục đích:

- Tăng chiều ngang khe mi.
- Cải thiện tầm nhìn và chức năng bảo vệ mắt.
- Đảm bảo sự cân đối và thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật khe mắt ngắn bẩm sinh.
- Hẹp khe mắt do sẹo co kéo sau chấn thương, bỏng.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, mong muốn mở rộng góc mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt, kết mạc.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mắt phối hợp (viêm giác mạc, viêm kết mạc mạn).
- Dị tật phức tạp cần kết hợp nhiều thì phẫu thuật.
- Cần tính toán kỹ để tránh mở quá mức gây trợn mi, hở mi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Dao điện, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Dụng cụ định vị và cố định dây chằng góc mắt.
- Kính lúp phẫu thuật.
- Miếng silicone bảo vệ mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá khe mi, khoảng cách hai mắt, vị trí góc mắt trong/ngoài.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Đánh dấu và rạch da theo thiết kế (Z-plasty, W-plasty hoặc Y-V) tại góc mắt cần kéo dài.

6.2. Bước 2: Giải phóng sẹo hoặc mô co kéo

6.3. Bước 3: Cắt chỉnh dây chằng góc mắt trong/ngoài khi cần.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt da/niêm mạc để kéo dài khe mi theo thiết kế.

6.5. Bước 5:

Khâu cố định dây chằng góc mắt vào màng xương ổ mắt (periosteum) tại vị trí mới.

Khâu phục hồi cân, da theo lớp bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

6.6. Bước 6: Khâu da hoặc niêm mạc tinh tế.

Đặt băng ép vô trùng vùng mắt.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Độ mở khe mi, vị trí góc mắt.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, dùng kháng sinh toàn thân.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Mở quá mức gây trợn mi, hở mi: có thể phải phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo tái phát.
- Khe mi bất cân đối hai bên.
- Hở mi mạn tính, viêm giác mạc phơi bày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Anderson RL, Gordy DD. Techniques in canthoplasty and canthotomy. Arch Ophthalmol, 1979.

23. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG ĐỒNG LOẠI CHO Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Ghép xương đồng loại cho ổ mắt là kỹ thuật sử dụng mảnh xương lấy từ ngân hàng xương (allograft) để tái tạo thể tích hoặc thành xương hốc mắt sau các tổn thương, khuyết hổng. Phẫu thuật thường được chỉ định khi không thể hoặc không muốn lấy xương tự thân.

Nguyên lý: Sử dụng mảnh xương đồng loại đã được xử lý vô khuẩn, tạo hình theo khuyết hổng và đặt vào vùng tổn khuyết ổ mắt, sau đó cố định bằng nẹp vít hoặc để gắn kết sinh học tự nhiên.

Mục đích:

- Tái tạo lại cấu trúc giải phẫu ổ mắt.
- Phục hồi thể tích hốc mắt, đưa nhãn cầu về vị trí bình thường.
- Bảo vệ nhãn cầu và chức năng thị giác.
- Cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết thành ổ mắt sau chấn thương.
- Khuyết thành ổ mắt sau cắt bỏ u.
- Dị tật bẩm sinh hoặc hốc mắt phát triển bất thường cần tái tạo.
- Người bệnh không có chỉ định hoặc không đồng ý lấy xương tự thân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng ổ mắt hoặc xoang lân cận.
- Bệnh toàn thân nặng không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với xương đồng loại.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch) làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và thải loại mảnh ghép.
- Khuyết xương lớn có thể cần phối hợp vật liệu nhân tạo.
- Cần kiểm soát chất lượng mảnh xương từ ngân hàng xương đạt chuẩn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hốc mắt.
- Bộ khoan, cưa xương.
- Nẹp, vít titan cố định xương.
- Mảnh xương đồng loại phù hợp (từ ngân hàng xương).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Chụp CT sọ mặt để đánh giá tổn khuyết và thiết kế mảnh ghép.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Đánh giá theo từng mức độ tổn thương
6.2. Bước 2: Tê tại chỗ
6.3. Bước 3: Rạch da theo đường mi dưới bờ dưới ổ mắt, bộc lộ sàn ổ mắt
6.4. Bước 4: Bóc tách đến vị trí khuyết xương.
6.5. Bước 5: Làm sạch mô xơ sẹo, xác định ranh giới xương lành.
6.6. Bước 6: Lấy xương mào chậu tự thân.
- Lựa chọn mảnh xương đồng loại phù hợp.
- Tạo hình mảnh ghép theo hình dáng, kích thước khuyết.

6.7. Bước 7: Đặt mảnh ghép vào vị trí, đảm bảo khôi phục bề mặt sàn hoặc thành ổ mắt.
- Cố định bằng nẹp, vít titan hoặc để ép tự nhiên.

6.8. Bước 8: Cầm máu, khâu đóng các vết mổ.
6.9. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết mổ, dịch dẫn lưu.
- Thị lực, vận nhãn.

7.2. Tai biến trong mổ
- Chảy máu nhiều: cầm máu, truyền máu.
- Tổn thương thần kinh thị giác, cơ vận nhãn → xử trí chuyên khoa.

7.3. Tai biến sau mổ
- Tụ máu, phù nề hốc mắt: chườm lạnh, dẫn lưu.
- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng mảnh ghép → kháng sinh, có thể lấy bỏ mảnh ghép.
- Lệch, di lệch mảnh ghép → phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn
- Thải loại mảnh xương đồng loại.
- Tái phát lõm hốc mắt, bất đối xứng.
- Sẹo xấu, dính kết mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Converse JM. Reconstructive Plastic Surgery of the Orbital Region. Saunders, 1995.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Clauser L, Galiè M. Orbital reconstruction with bone grafts. Plast Reconstr Surg, 1997.
- Alinasab B, et al. Long-term outcomes of orbital wall reconstruction with bone allograft. J Craniomaxillofac Surg, 2018.

24. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Khuyết xương hàm dưới có thể do chấn thương, u xương, viêm xương, hoặc dị tật bẩm sinh gây mất đoạn xương. Khi không có hoặc không đủ điều kiện dùng xương tự thân, có thể sử dụng vật liệu nhân tạo để tái tạo liên tục xương hàm dưới, đảm bảo chức năng nhai, phát âm và thẩm mỹ khuôn mặt.

Nguyên lý: Đặt vật liệu nhân tạo (Titan plate, Porous polyethylene – Medpor, Hydroxyapatite block, composite bone substitute…) vào vùng khuyết xương, cố định chắc chắn bằng vít/nẹp titan, đồng thời tái lập hình dạng giải phẫu và chức năng của xương hàm dưới.

Mục đích:

- Phục hồi liên tục xương hàm dưới.
- Tạo nền vững chắc cho chức năng nhai, nuốt, phát âm.
- Khôi phục thẩm mỹ khuôn mặt.
- Giảm số lần lấy xương tự thân, hạn chế biến chứng tại vị trí cho xương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết xương hàm dưới sau cắt u, chấn thương, viêm xương.
- Người bệnh không có chỉ định hoặc không đồng ý lấy xương tự thân.
- Khuyết xương có kích thước vừa – lớn cần tái tạo bằng vật liệu nhân tạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính vùng hàm mặt.
- Bệnh toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo dự kiến sử dụng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch) làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.
- Khuyết xương lớn cần phối hợp ghép tổ chức mềm che phủ.
- Cần xem xét độ tương thích sinh học lâu dài của vật liệu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt.
- Bộ khoan, cắt xương, nẹp vít titan.
- Vật liệu nhân tạo phù hợp (Titan mesh, Medpor, Hydroxyapatite block…).
- Dụng cụ tạo hình vật liệu theo kích thước khuyết.
- Bộ dụng cụ chăm sóc hậu phẫu.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh
- Khám toàn thân, chuyên khoa răng hàm mặt.
- Chụp CT scan dựng hình 3D, đo kích thước khuyết.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Tê tại chỗ ngách tiền đình hàm dưới

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc góc hàm bộc lộ xương hàm dưới.

6.3. Bước 3: Xác định vùng khuyết

- Bộc lộ rõ đoạn khuyết xương.
- Làm sạch sẹo xơ, mô viêm, tạo bờ xương lành.

6.4. Bước 4: Tạo hình vật liệu theo mẫu khuyết dựa vào phim CT.

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu che phủ toàn bộ khuyết, tái lập liên tục cung hàm.

6.6. Bước 6: Cố định chắc chắn bằng nẹp, vít titan.

- Đóng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp.
- Vết mổ: tình trạng chảy máu, dịch dẫn lưu.
- Khớp cắn, vận động hàm.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, truyền máu nếu cần.
- Tổn thương thần kinh mặt, thần kinh lưỡi, ống tuyến dưới hàm → khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau mổ

- Chảy máu, tụ máu vùng cổ: dẫn lưu, băng ép, mở lại vết mổ khi cần.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh theo kháng sinh đồ, có thể lấy bỏ vật liệu.
- Lệch khớp cắn: nắn chỉnh, đặt cung cố định lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Thải loại vật liệu nhân tạo: cần tháo bỏ và thay thế.
- Biến dạng khuôn mặt, khớp cắn sai: có thể cần phẫu thuật bổ sung.
- Gãy nẹp, vít hoặc di lệch vật liệu: phẫu thuật sửa chữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hidalgo DA. Reconstruction of the Mandible. Plast Reconstr Surg, 1992.
- Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 3rd ed. 2011.
- Pogrel MA. Artificial bone graft materials in maxillofacial surgery. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2010.
- Frodel JL, Funk GF. Synthetic implants in facial skeletal reconstruction. Otolaryngol Clin North Am, 1995.

25. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG TRONG TẬT HỐC MẮT XA

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Tật hốc mắt xa (orbital hypertelorism) là dị tật sọ mặt bẩm sinh, đặc trưng bởi sự tăng khoảng cách giữa hai hốc mắt. Nguyên nhân liên quan đến bất thường phát triển xương sọ mặt trong thời kỳ phôi thai. Dị tật này ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt, chức năng thị giác, tâm lý – xã hội và có thể đi kèm các dị tật sọ mặt khác.

Nguyên lý: Cắt rời các khối xương hốc mắt – mũi, di chuyển vào trong và cố định lại để giảm khoảng cách hai hốc mắt. Thường phối hợp nhiều kỹ thuật cắt xương sọ mặt (box osteotomy, facial bipartition).

Mục đích:

- Giảm khoảng cách hai hốc mắt về mức bình thường.
- Cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt.
- Đảm bảo chức năng thị giác và đường thở mũi.
- Tạo thuận lợi cho các phẫu thuật sọ mặt tái tạo tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tật hốc mắt xa bẩm sinh mức độ vừa – nặng.
- Hốc mắt xa gây ảnh hưởng thẩm mỹ, tâm lý – xã hội.
- Hốc mắt xa đi kèm dị tật sọ mặt cần phẫu thuật chỉnh hình.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh toàn thân không đảm bảo cho gây mê và phẫu thuật lớn.
- Nhiễm trùng sọ mặt, xoang mũi chưa kiểm soát.
- Trẻ nhỏ dưới 5 tuổi (hạn chế do ảnh hưởng phát triển sọ mặt).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có dị tật phối hợp (hở sọ, khe hở mặt phức tạp, não úng thủy).
- Bệnh lý toàn thân nặng (tim bẩm sinh, rối loạn đông máu).
- Cần hội chẩn đa chuyên khoa: Phẫu thuật sọ mặt, Tai mũi họng, Gây mê hồi sức, Thần kinh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…

- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy cưa
- Khoan cắt của sọ,hàm mặt
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, chuyên khoa mắt, Tai mũi họng, thần kinh.
- Chụp CT sọ mặt dựng hình 3D để đo khoảng cách hốc mắt và lên kế hoạch cắt xương.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ (cạo tóc sạch) và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường bicoronal, bộc lộ trán, ổ mắt.

6.4. Bước 4: Cắt rời khối xương hốc mắt – mũi bằng kỹ thuật **box osteotomy** hoặc **facial bipartition**.
6.5. Bước 5: Giải phóng toàn bộ các cấu trúc xung quanh nhưng bảo tồn thần kinh thị giác, dây thần kinh sọ.
6.6. Bước 6: Đưa hai khối hốc mắt vào trong, điều chỉnh cân đối.
Đảm bảo khoảng cách hai hốc mắt trong giới hạn sinh lý.
6.7. Bước 7: Dùng nẹp và vít titan để cố định các đoạn xương.
Có thể ghép xương tự thân để che phủ khuyết hổng.
6.8. Bước 8: Đóng vết mổ.
6.9. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng thị lực, vận động nhãn cầu.
- Phù nề, chảy máu vết mổ.

7.2. Tai biến trong mổ
- Chảy máu nhiều: xử trí cầm máu, truyền máu.
- Tổn thương thần kinh thị giác: cần hội chẩn, xử trí chuyên khoa mắt.
- Rò dịch não tủy: khâu kín màng cứng, dẫn lưu.

7.3. Tai biến sau mổ
- Nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não: kháng sinh toàn thân, chăm sóc hồi sức.
- Lệch trục nhãn cầu, song thị: theo dõi, có thể cần chỉnh sửa.
- Hoại tử da, sẹo xấu: xử trí tại chỗ, tạo hình bổ sung.

7.4. Biến chứng muộn
- Tái phát hốc mắt xa.
- Biến dạng khuôn mặt không cân xứng.
- Ảnh hưởng phát triển sọ mặt ở trẻ em.
- Cần phẫu thuật bổ sung nhiều thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

26. PHẪU THUẬT CHUYỂN THẦN KINH ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT DO TỔN THƯƠNG THẦN KINH VII

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương thần kinh VII do nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng các cơ mặt của một hoặc cả hai bên không có khả năng co do bị mất chi phối thần kinh. Phẫu thuật chuyển thần kinh là sử dụng nguồn thần kinh khác (thần kinh VII đối diện, thần kinh XI, XII, thần kinh cơ cắn…) để chuyển cho thần kinh VII nhằm tái chi phối thần kinh cho các cơ mặt
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) chuyển ghép thần kinh (thần kinh VII đối diện, thần kinh XI, XII, thần kinh cơ cắn…) cho thần kinh VII
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho khuôn mặt người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Liệt mặt do tổn thương thần kinh VII bán cấp (dưới 24 tháng) do các nguyên nhân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm tra thần kinh cho còn chức năng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp và kính hiển vi phẫu thuật
- Máy kích thích thần kinh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng liệt mặt: thời gian, bên liệt, mức độ liệt
- Chụp cộng hưởng từ sọ não loại trừ tổn thương u nội sọ, làm điện chẩn thần kinh cơ xác định chẩn đoán và lựa chọn thần kinh cho
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, nghiêng đầu sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1 Bước 1: Rạch da đường Blair trước tai

6.2 Bước 2: Tìm thân thái dương mặt hoặc nhánh miệng của thần kinh VII bên liệt

6.3 Bước 3: Tìm thần kinh cho: thần kinh VII đối bên, thần kinh cơ cắn, thần kinh XI hoặc thần kinh XII.

6.4 Bước 4: Lấy thần kinh hiển làm mảnh ghép nếu sử dụng thần kinh VII đối bên

6.5 Bước 5: Dưới kính hiển vi phẫu thuật, chuyển nối trực tiếp hoặc ghép thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu, khâu nối bằng kỹ thuật bao bó sợi thần kinh với chỉ nylon 10.0, 11.0

6.6 Bước 6: Bơm rửa, cầm máu, đặt lam dẫn lưu. Khâu bao tuyến mang tai và khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

27. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẦN KINH CHI THỂ BẰNG GHÉP THẦN KINH TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương thần kinh chi thể do nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng giảm hoặc mất chức năng của chi do thần kinh đó chi phối. Phẫu thuật ghép thần kinh tự do là sử dụng mảnh ghép thần kinh tự thân/bảo quản có sử dụng kỹ thuật vi phẫu để khâu nối
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) để ghép nối thần kinh bằng mảnh ghép thần kinh tự do
- Mục đích: cải thiện về chức năng vận động và cảm giác cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương thần kinh chi thể do các nguyên nhân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Phần mềm nơi tổn thương và thời gian tổn thương của thần kinh

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp và kính hiển vi phẫu thuật
- Máy kích thích thần kinh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương: thời gian, bên liệt, mức độ liệt
- Chụp cộng hưởng từ, siêu âm thần kinh, làm điện chẩn thần kinh cơ thần kinh bị tổ thương
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Tư thế bệnh nhân tuỳ thuộc vào vị trí tổn thương của thần kinh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1 Bước 1: Rạch da theo sẹo cũ, mở rộng lên trên và xuống dưới dưới để bộc lộ đến đoạn thần kinh lành

6.2 Bước 2: Tìm hai đầu thần kinh tổn thương

6.3 Bước 3: Cắt bỏ đoạn thần kinh tổn thương đến đoạn nhìn rõ được cấu trúc của bao bó sợi thần kinh

6.4 Bước 4: Lấy thần kinh hiển làm mảnh ghép hoặc thần kinh bảo quản (xử lý thần kinh bảo quản theo quy trình trước khi nối ghép thần kinh)

6.5 Bước 5: Dưới kính hiển vi phẫu thuật, nối ghép thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu, khâu nối bằng kỹ thuật bao bó sợi thần kinh với chỉ nylon 9.0, 10.0, 11.0 tuỳ vào kích thước của bó sợi thần kinh

6.6 Bước 6: Bơm rửa, cầm máu, đặt lam dẫn lưu. Khâu cân cơ và khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm nề, thuốc bổ thần kinh

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả phục hồi không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật chuyển gân bổ sung nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

28. PHẪU THUẬT GHÉP THẦN KINH TỰ THÂN CHO LIỆT ĐÁM RỐI CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay gây liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn của tay ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của người bệnh. Phẫu thuật nối ghép thần kinh bằng vi phẫu thuật nhằm phục hồi phần nào chức năng vận động và cảm giác cho người bệnh.
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) để ghép nối các thân, ngành và các dây thần kinh của đám rối thần kinh cánh tay bằng các mảnh ghép thần kinh
- Mục đích: cải thiện về chức năng vận động và cảm giác cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do các nguyên nhân: tai biến sản khoa, di chứng chấn thương

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Chú ý mức độ tổn thương, thời gian tổn thương đám rối để có phương pháp phẫu thuật phù hợp

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp và kính hiển vi phẫu thuật
- Máy kích thích thần kinh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương: thời gian, bên liệt, mức độ liệt
- Chụp cộng hưởng từ đám rối thần kinh cánh tay, làm điện chẩn thần kinh cơ.
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật chấn thương chỉnh hình… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân không sử dụng thuốc giãn cơ vân

6.1 Bước 1: Rạch da nếp cổ vai, rãnh delta – ngực, mặt trước cánh tay bên tổn thương

6.2 Bước 2: Phẫu tích kiểm tra, đánh giá tổn thương đám rối: rễ, thân, ngành và các thần kinh tách ra từ đám rối

6.3 Bước 3: Nếu các thân bị đứt, không nhổ rễ (hay gặp ở trẻ em do tai biến sản khoa): Cắt bỏ đoạn thần kinh tổn thương đến đoạn nhìn rõ được cấu trúc của bao bó sợi thần kinh. Nếu nhổ rễ tất cả các rễ của đám rối thì tìm thần kinh hoành hoặc thần kinh liên sườn

6.4 Bước 4: Lấy thần kinh hiển làm mảnh ghép hoặc thần kinh bảo quản (xử lý thần kinh bảo quản theo quy trình trước khi nối ghép thần kinh)

6.5 Bước 5: Dưới kính hiển vi phẫu thuật:
Chuyển nối thần kinh XI cho thần kinh trên vai phục hồi chức năng của vai
Nối ghép các thân xuống các bó của đám rối bằng đoạn thần kinh ghép (ưu tiên bó ngoài và bó sau của đám rối bằng kỹ thuật vi phẫu, khâu nối bằng kỹ thuật bao bó sợi thần kinh với chỉ nylon 9.0, 10.0, 11.0 tuỳ vào kích thước của bó sợi thần kinh
Ghép nối thần kinh hoành/thần kinh liên sườn (nếu không tổn thương) cho thần kinh cơ bì bằng đoạn ghép thần kinh nếu nhổ rễ hoàn toàn
6.6 Bước 6: Bơm rửa, cầm máu, đặt lam dẫn lưu. Khâu cân cơ và khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu.
6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm nề, thuốc bổ thần kinh

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả phục hồi không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật chuyển gân/chuyển cơ bổ sung nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

29. PHẪU THUẬT CHUYỂN THẦN KINH TỰ THÂN CHO LIỆT ĐÁM RỐI CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay gây liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn của tay ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của người bệnh. Phẫu thuật chuyển thần kinh bằng vi phẫu thuật nhằm phục hồi phần nào chức năng vận động và cảm giác cho tay của người bệnh.
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) để chuyển nối các dây thần kinh lành cho các dây thần kinh tổn thương của đám rối thần kinh cánh tay
- Mục đích: cải thiện về chức năng vận động và cảm giác cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do các nguyên nhân: tai biến sản khoa, di chứng chấn thương

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Chú ý mức độ tổn thương, thời gian tổn thương đám rối để có phương pháp phẫu thuật phù hợp

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp và kính hiển vi phẫu thuật
- Máy kích thích thần kinh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương: thời gian, bên liệt, mức độ liệt
- Chụp cộng hưởng từ đám rối thần kinh cánh tay, làm điện chẩn thần kinh cơ để lựa chọn các thần kinh còn chức năng để làm nguồn cho.
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật chấn thương chỉnh hình… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa hoặc nằm sấp

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân không sử dụng thuốc giãn cơ vân

6.1 Bước 1: Rạch da nếp cổ vai, rãnh delta – ngực, mặt trước, mặt sau cánh tay bên tổn thương

6.2 Bước 2: Phẫu tích kiểm tra, đánh giá tổn thương đám rối: rễ, thân, ngành và các thần kinh tách ra từ đám rối

6.3 Bước 3: Tìm thần kinh XI, thần kinh trên vai. Sử dụng kích thích thần kinh kiểm tra 2 thần kinh này còn lành không

6.4 Bước 4: Dưới kính hiển vi phẫu thuật: Chuyển nối thần kinh XI cho thần kinh trên vai phục hồi chức năng của vai bằng chỉ nylon 9.0, 10.0, 11.0 tuỳ vào kích thước của bó sợi thần kinh

6.5 Bước 5: Tìm thần kinh cơ bì, thần kinh giữa, thần kinh trụ tại vùng cánh tay: tách ra các nhánh vận động các cơ nhị đầu, cơ cánh tay, cơ gấp cổ tay trụ, cơ gấp cổ tay quay, cơ sấp tròn và kiểm tra chức năng của các nhánh này bằng máy kích thích thần kinh

6.6 Bước 6: Dưới kính hiển vi phẫu thuật: Chuyển nối nhánh vận động của cơ gấp cổ tay trụ, cơ gấp cổ tay quay hoặc cơ sấp tròn cho các nhánh vận đông cơ nhị đầu và cơ cánh tay của thần kinh cơ bì phục hồi chức năng gấp khuỷu bằng chỉ nylon 9.0, 10.0, 11.0 tuỳ vào kích thước của bó sợi thần kinh

6.7 Bước 7: Tư thế nằm sấp, tìm nhánh vận động đầu dài cơ tam đầu của thần kinh quay và chuyển nối cho nhánh vận động cơ delta của thần kinh nách phục hồi động tác dạng cánh tay bằng chỉ nylon 9.0, 10.0, 11.0 tuỳ vào kích thước của bó sợi thần kinh.

6.8 Bước 8: Bơm rửa, cầm máu, đặt lam dẫn lưu. Khâu cân cơ và khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm nề, thuốc bổ thần kinh

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả phục hồi không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật chuyển gân/chuyển cơ bổ sung nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

30. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG KHE HỞ CUNG HÀM BẰNG XƯƠNG TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Ghép xương khe hở cung hàm là phẫu thuật tái tạo lại phần xương hàm trên bị khuyết do khe hở bẩm sinh, bằng cách sử dụng mảnh xương tự thân (thường từ xương mào chậu, cằm, hay sọ) để lấp đầy khoảng khe hở.
- Nguyên lý phẫu thuật: Lấy xương tự thân từ vùng cho xương, đặt vào khe hở cung hàm để tái tạo liên tục cung răng – xương ổ răng, giúp mọc răng và hỗ trợ các thủ thuật chỉnh nha, phục hình răng sau này.
- Mục đích: Phục hồi giải phẫu và chức năng cung hàm, chuẩn bị cho phục hình hoặc cấy răng sau này, cải thiện thẩm mỹ và chức năng nói, ăn, nuốt cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở cung hàm một bên hoặc hai bên đã được khâu môi và vòm miệng ổn định.
- Thường thực hiện khi trẻ từ 8–12 tuổi (trước mọc răng nanh vĩnh viễn).
- Có đủ mô mềm phủ kín vùng khe hở.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng khe hở hoặc vùng cho xương.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Tình trạng toàn thân không cho phép gây mê.

4. THẬN TRỌNG

- Đã mổ nhiều lần, mô sẹo xơ cứng khó đóng kín.
- Vị trí răng nanh bất thường ảnh hưởng tới việc ghép xương.
- Xương cho bị loãng, trẻ suy dinh dưỡng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người (phẫu thuật viên chính và phụ)
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê hoặc gây tê
- Thuốc kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dung dịch sát khuẩn
- Dịch truyền
- Thuốc chống viêm, giảm phù nề

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ lấy xương mào chậu hoặc xương cằm
- Dụng cụ tạo hình khe hở cung hàm
- Khoan – cưa xương
- Kẹp, panh, dao mổ, kéo phẫu tích
- Chỉ tiêu (Vicryl), chỉ không tiêu (Nylon)
- Gạc phẫu thuật, găng tay, ống hút dịch
- Bộ gây mê – máy monitor theo dõi

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: chỉ số sinh tồn, bệnh lý toàn thân, xét nghiệm cơ bản (công thức máu, đông máu, sinh hóa)
- Khám tại chỗ: đánh giá khe hở cung hàm, độ rộng khe hở, lớp mô mềm phủ, vị trí răng liên quan
- Chụp X-quang (Panorex, CT scan hoặc CBCT): xác định kích thước khe hở và đánh giá tình trạng xương hàm
- Giải thích: rõ mục tiêu, tiên lượng, khả năng cần phẫu thuật bổ sung và các biến chứng có thể xảy ra (hoại tử xương ghép, nhiễm trùng, tiêu xương ghép...)

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Cam kết mổ do người bệnh hoặc người giám hộ ký

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90–120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra đúng tên, tuổi, chẩn đoán, vị trí khe hở
- Kiểm tra bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Tư thế nằm ngửa, đầu nghiêng nhẹ về bên phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Sát khuẩn, trải săng vô khuẩn

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc vùng khe hở theo đường rạch hình chữ U hoặc chữ Y, bóc tách vạt niêm mạc – màng xương

6.3. Bước 3: Làm sạch tổ chức xơ, mô viêm
- Tạo giường ghép xương có chảy máu tốt, bóc tách đủ rộng để đặt xương

6.4. Bước 4: Lấy xương tự thân
- Vị trí thường dùng: xương mào chậu trước, xương cằm (xương hàm dưới), xương sọ (trẻ lớn)
- Kỹ thuật: rạch da, lấy mảnh xương ghép dạng khối hoặc vụn, xử lý vô khuẩn, tạo hình phù hợp khe hở

6.5. Bước 5: Đặt xương và khâu đóng
- Đặt mảnh xương ghép vào vùng khe hở, điều chỉnh cho phù hợp kích thước và độ lấp đầy
- Khâu vạt niêm mạc – màng xương kín xương ghép
- Khâu vết mổ lấy xương theo từng lớp

6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá độ kín và ổn định mảnh ghép
- Cầm máu kỹ vùng mổ và vùng cho xương
- Ghi chép hồ sơ, chuyển bệnh nhân về phòng hậu mê

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Tình trạng sưng nề, đau vùng hàm trên và vùng lấy xương
- Tình trạng niêm mạc miệng, độ kín vết khâu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Phản vệ gây mê: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ
- Chảy máu nhiều: xử lý bằng khâu cầm máu hoặc tampon

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

- Tiêu xương ghép: thường do nhiễm trùng hoặc thiếu nuôi dưỡng → rửa, thay kháng sinh, theo dõi tiêu dần hay cần ghép lại
- Chảy máu: băng ép, mở lại kiểm tra nếu cần
- Phù nề nặng: dùng thuốc giảm phù, chườm lạnh
- Nhiễm trùng: thay băng, cấy mủ, kháng sinh đồ, mở dẫn lưu nếu cần

7.4. Biến chứng muộn

- Tái tiêu xương, thiếu liên tục xương ổ răng: có thể ghép lại lần hai sau 6 tháng
- Không mọc răng nanh vĩnh viễn hoặc lệch răng: chỉ định chỉnh nha
- Sẹo vùng lấy xương: xử lý bằng phẫu thuật thẩm mỹ nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Thieme USA.
- Grabb and Smith’s Plastic Surgery. Wolters Kluwer.
- Neligan, Peter C. Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery. Elsevier, 2023.

31. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép xương tự thân cho khuyết xương hàm trên là kỹ thuật sử dụng xương từ chính cơ thể người bệnh (thường lấy từ mào chậu, cằm, sọ…) để phục hồi phần xương hàm trên bị khuyết do chấn thương, u xương, hoặc sau cắt bỏ vì bệnh lý.
- Nguyên lý phẫu thuật: Dùng mảnh xương tự thân có khả năng tích hợp sinh học cao, đặt vào vùng khuyết xương, tạo điều kiện tái tạo liên tục cung xương hàm, phục hồi chức năng ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ khuôn mặt.
- Mục đích: Phục hồi khuyết xương hàm trên về hình thái và chức năng, hỗ trợ phục hình răng hoặc cấy implant về sau, đảm bảo thẩm mỹ vùng mặt – miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết xương hàm trên do dị tật, chấn thương, cắt u hoặc nhiễm trùng mạn tính.
- Người bệnh có đủ thể trạng, mô mềm tại chỗ đủ che phủ.
- Có nhu cầu phục hình răng, implant hoặc cải thiện thẩm mỹ – chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mổ hoặc vùng lấy xương.
- Bệnh lý toàn thân nặng không kiểm soát (tim mạch, hô hấp, đông máu…).
- Thiếu mô mềm che phủ (cần tạo hình trước khi ghép).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tiền sử phẫu thuật nhiều lần vùng hàm mặt hoặc lấy xương.
- Tình trạng dinh dưỡng kém, loãng xương, tiểu đường.
- Không tuân thủ điều trị sau mổ, có nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người (phẫu thuật viên chính, phụ mổ, gây mê)
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê hoặc tê
- Thuốc kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau, chống viêm
- Dung dịch sát khuẩn, nước muối sinh lý
- Dịch truyền
- Thuốc co mạch, thuốc chống sốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình – hàm mặt
- Bộ lấy xương (mào chậu, xương sọ hoặc cằm)
- Khoan xương, cưa xương
- Lưỡi dao mổ, kẹp, panh, kéo, chỉ phẫu thuật
- Băng gạc, ống hút, găng tay, ống truyền
- Máy hút dịch, máy monitor theo dõi

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, bệnh sử, xét nghiệm máu, đông máu, Xquang phổi, điện tim
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ khuyết xương, tình trạng mô mềm, răng liên quan
- Chẩn đoán hình ảnh: CT scan/CBCT vùng hàm mặt để xác định kích thước, thể tích xương cần ghép
- Giải thích người bệnh và người nhà: mục tiêu điều trị, quy trình mổ, nguy cơ biến chứng, chi phí, thời gian phục hồi
- Vệ sinh răng miệng và vùng da lấy xương trước mổ

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Cam kết mổ có chữ ký người bệnh/đại diện hợp pháp

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90–120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra đúng người, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Tư thế nằm ngửa, đầu cố định nhẹ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ (tùy vị trí và mức độ khuyết)

6.1. Bước 1: Mở vết mổ vùng hàm trên: theo đường rạch thích hợp, bóc tách vạt niêm mạc – màng xương để bộc lộ vùng khuyết

6.2. Bước 2: Làm sạch xương xơ, tổ chức viêm, tạo nền xương chảy máu tốt

6.3. Bước 3: Lấy xương tự thân: thường từ mào chậu (nhiều thể tích), cằm (ít thể tích), hoặc xương sọ phẳng.

6.4. Bước 4: Tạo hình xương ghép: cắt xương phù hợp với thể tích khuyết xương.

6.5. Bước 5: Cố định xương ghép: có thể dùng vít nhỏ hoặc ép chặt trong khoang.

6.6. Bước 6: Khâu đóng: vạt mô mềm phủ kín vùng ghép, khâu vết mổ lấy xương theo lớp.

6.7. Kết thúc quy trình
- Kiểm tra cầm máu, độ ổn định mảnh ghép
- Ghi chép chi tiết hồ sơ bệnh án
- Chuyển người bệnh về phòng hồi tỉnh

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở
- Tình trạng đau, sưng, chảy máu vùng hàm trên và vùng lấy xương
- Tình trạng vết khâu: khô, kín, không nhiễm trùng
- Uống thuốc đầy đủ: kháng sinh, giảm đau, chống viêm

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Sốc phản vệ do thuốc mê, kháng sinh: xử trí chống sốc kịp thời
- Chảy máu nhiều vùng lấy xương hoặc vùng ghép: khâu cầm máu, truyền dịch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu: xử trí bằng băng ép, mổ lại nếu cần
- Phù nề: chườm lạnh, thuốc giảm phù

- Nhiễm trùng: rửa vết mổ, kháng sinh theo kháng sinh đồ, tháo xương ghép nếu cần

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu xương ghép: nếu tiêu hoàn toàn có thể ghép lại sau 6 tháng
- Không tích hợp với xương hàm: có thể cần can thiệp lại
- Sẹo xấu, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, phẫu thuật chỉnh sửa sẹo nếu cần
- Lệch cung răng, biến dạng vùng mặt: chỉnh nha, tạo hình lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Thieme USA
- Grabb and Smith’s Plastic Surgery. Wolters Kluwer
- Neligan, Peter C. Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery. Elsevier, 2023

trulv.kcb.ba.Va.Tha.06/10/2026 08:17:00

32. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép xương tự thân cho khuyết xương hàm dưới là kỹ thuật tái tạo phần xương hàm dưới bị mất bằng mảnh ghép lấy từ chính cơ thể người bệnh (thường từ mào chậu, cằm, xương chày hoặc xương sọ).
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng xương tự thân có tính chất sinh học phù hợp để phục hồi giải phẫu và chức năng cho vùng xương hàm dưới, tạo nền cho phục hình răng hoặc cấy ghép implant.
- Mục đích: Phục hồi chức năng nhai, phát âm và thẩm mỹ khuôn mặt, hỗ trợ phục hình răng nếu cần thiết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết xương hàm dưới do chấn thương, u xương, dị tật bẩm sinh, nhiễm trùng, cắt bỏ do bệnh lý.
- Tình trạng mô mềm vùng hàm dưới đủ để che phủ mảnh ghép.
- Người bệnh có đủ thể trạng để phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng cần ghép hoặc vùng lấy xương.
- Bệnh lý toàn thân nặng không kiểm soát được.
- Thiếu mô mềm vùng hàm dưới, cần tạo hình mô mềm trước khi ghép xương.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính như tiểu đường, loãng xương, viêm khớp…
- Tiền sử phẫu thuật hàm mặt hoặc phẫu thuật lấy xương trước đó.
- Tình trạng dinh dưỡng kém hoặc không hợp tác điều trị hậu phẫu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người (phẫu thuật viên chính, phụ mổ, gây mê)
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, gây tê
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau, chống viêm, thuốc cầm máu
- Dung dịch sát khuẩn, nước muối sinh lý
- Dịch truyền tĩnh mạch, thuốc nâng huyết áp nếu cần

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình hàm mặt
- Bộ lấy xương (mào chậu, xương cằm, xương chày…)
- Khoan, cưa xương, vít nhỏ, nẹp titan nếu cần
- Dụng cụ phẫu thuật cơ bản: dao mổ, kéo, kẹp, panh
- Bơm tiêm, gạc, chỉ khâu, găng tay, khẩu trang, đèn mổ, máy hút dịch

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử nội - ngoại khoa, dị ứng, dấu hiệu sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá kích thước vùng khuyết xương, tình trạng mô mềm
- Cận lâm sàng: CT-scan hoặc CBCT vùng hàm để đo thể tích xương cần ghép
- Tư vấn và giải thích: giải thích cho người bệnh và người nhà về quy trình, nguy cơ, biến chứng, cam kết điều trị
- Chuẩn bị trước mổ: vệ sinh vùng phẫu thuật, nhịn ăn nếu có chỉ định gây mê toàn thân

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ
- Cam kết phẫu thuật có chữ ký người bệnh/đại diện hợp pháp

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người, đúng bệnh, đúng vị trí mổ
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay nhẹ sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ (tùy trường hợp)

6.1. Bước 1: Mở vết mổ vùng hàm dưới qua đường trong miệng hoặc ngoài da

6.2. Bước 2: Bộc lộ vùng khuyết xương, làm sạch mô hoại tử, xương xơ

6.3. Bước 3: Tạo nền xương có mao mạch tốt, chảy máu nhẹ

6.4. Bước 4: Lấy xương tự thân từ vị trí đã chọn (thường là mào chậu hoặc cằm)

6.5. Bước 5: Tạo hình mảnh ghép phù hợp với vùng cần ghép

6.6. Bước 6: Đặt và cố định mảnh xương vào vùng khuyết bằng vít, nẹp nếu cần

6.7. Bước 7: Khâu đóng mô mềm che phủ kín vùng ghép

6.8. Bước 8: Đặt dẫn lưu (nếu cần) và đóng vết mổ vùng lấy xương theo từng lớp

6.9. Kết thúc quy trình

- Kiểm tra cầm máu, độ ổn định xương ghép
- Ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh/phòng bệnh

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở
- Tình trạng vết mổ vùng hàm và vùng lấy xương
- Theo dõi đau, sưng, chảy máu, nhiễm trùng
- Sử dụng thuốc theo y lệnh

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Gây mê, gây tê: dị ứng, sốc phản vệ → xử trí chống sốc
- Chảy máu: chảy máu nhiều tại vùng mổ hoặc lấy xương → bù dịch, truyền máu, khâu cầm máu

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu vết mổ: băng ép, mổ lại nếu cần
- Phù nề: chườm lạnh, thuốc chống phù nề
- Nhiễm trùng: đỏ, sưng, rỉ dịch → tháo băng, dùng kháng sinh, thay băng thường xuyên, dẫn lưu hoặc mở vết mổ nếu cần

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu xương ghép: có thể do nhiễm trùng, thiếu dinh dưỡng vùng ghép
- Không tích hợp xương: cần theo dõi, ghép lại sau 6 tháng nếu cần
- Sẹo xấu, sẹo lồi: theo dõi và xử lý thẩm mỹ sau này
- Lệch hàm, biến dạng cằm: có thể cần phẫu thuật chỉnh hình thứ phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Thieme USA
- Grabb and Smith's Plastic Surgery. Wolters Kluwer
- Neligan, Peter C. Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery. Elsevier, 2023

trulv.kcb_Le Van Tri_05/10/2026 08:17:00

33. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG KHE HỞ CUNG HÀM BẰNG XƯƠNG NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật ghép xương khe hở cung hàm là thủ thuật tạo hình cấu trúc xương ổ răng bị khiếm khuyết do khe hở bẩm sinh. Ghép xương nhân tạo là phương pháp sử dụng vật liệu thay thế xương tự thân, thường là các chất tổng hợp có tính chất sinh học tương thích, hỗ trợ tái tạo xương và ổ răng, chuẩn bị cho các bước chỉnh hình tiếp theo.
- Mục đích:

+ Khôi phục hình dạng cung hàm.
+ Hỗ trợ mọc răng vĩnh viễn hoặc đặt implant.
+ Cải thiện chức năng ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em có khe hở ổ răng đơn độc hoặc kết hợp với khe hở môi - vòm miệng.
- Trẻ ≥ 8 tuổi, có răng nanh sữa lung lay hoặc bắt đầu mọc răng nanh vĩnh viễn.
- Bệnh nhân không có bệnh lý nội khoa nặng, đáp ứng tốt với vật liệu ghép nhân tạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm vùng khe hở, vết mổ cũ chưa lành.
- Dị ứng với thành phần của vật liệu xương nhân tạo.
- Bệnh lý toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch).

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc sử dụng vật liệu phù hợp với từng lứa tuổi.
- Cần tư vấn kỹ cho gia đình về khả năng tiêu xương nhân tạo, theo dõi lâu dài.
- Đánh giá trước sự mọc răng liên quan (răng nanh).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Phẫu thuật viên chuyên ngành răng hàm mặt, có kinh nghiệm phẫu thuật khe hở.
- Gây mê hồi sức, điều dưỡng chuyên khoa.

5.2. Thiết bị:

- Dụng cụ phẫu thuật khe hở môi – vòm miệng – ổ răng.
- Vật liệu xương nhân tạo (ví dụ: Hydroxyapatite, β-TCP, Bio-Oss...).

5.3. Người bệnh:

- Khám tổng quát, chụp phim X-quang hàm mặt, CT Scan nếu cần.
- Làm xét nghiệm cơ bản (CBC, đông máu...).
- Tư vấn rõ quy trình và theo dõi hậu phẫu.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt.
- Cam kết sử dụng vật liệu nhân tạo.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60–90 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.7. Kiểm tra trước mổ:

- Đúng người bệnh, đúng vị trí – đúng mặt cắt – đúng kích thước ghép.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt tư thế ngửa, sát khuẩn vùng miệng.

6.1 Bước 1: Rạch lợi theo bờ khe hở ổ răng, tạo vạt niêm mạc – màng xương.

6.2 Bước 2: Bộc lộ khe hở xương, làm sạch bờ xương, chuẩn bị nền ghép.

6.3 Bước 3: Đặt vật liệu xương nhân tạo vào khe hở, nén nhẹ và cố định.

6.4 Bước 4: Khâu phục hồi vạt niêm mạc nhiều lớp, đảm bảo kín khít.

6.5 Bước 5: Đặt gạc cầm máu, chỉ định kháng sinh, giảm đau sau mổ.

6.6 Bước 6: Theo dõi tại viện trong 1–2 ngày.

6. Kết thúc quy trình

- Kiểm tra cầm máu, độ ổn định xương ghép
- Ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh/phòng bệnh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Đau, sưng nề tại vùng phẫu thuật.
- Dấu hiệu nhiễm trùng, chảy dịch hoặc tiêu xương ghép.

7.2. Tai biến có thể gặp:

- Nhiễm trùng vết mổ, hở vết khâu.
- Đào thải vật liệu ghép, tiêu sớm.
- Cản trở mọc răng vĩnh viễn do vị trí ghép không chính xác.

7.3. Xử trí:

- Dùng kháng sinh, chăm sóc vết mổ.
- Can thiệp lại nếu mất ghép hoặc rò miệng – mũi.
- Theo dõi mọc răng, đánh giá chỉ định đặt implant nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Precious DS. Cleft lip and palate: diagnosis and management. Oxford University Press, 2013.

2. Eppley BL, et al. Bone grafts and bone substitutes in craniofacial surgery. Plast Reconstr Surg. 2005.

3. Proctor B, et al. Grafting of alveolar clefts. Clin Plast Surg. 2004.

4. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Răng Hàm Mặt (2021).

5. American Cleft Palate-Craniofacial Association (ACPA) Guidelines, 2018.

34.PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết xương hàm trên có thể do chấn thương, u xương, phẫu thuật cắt bỏ u, hoặc bẩm sinh. Mục tiêu điều trị là phục hồi hình dạng giải phẫu và chức năng như ăn nhai, phát âm, thẩm mỹ. Việc sử dụng vật liệu nhân tạo như Hydroxyapatite, Beta-TCP hoặc các vật liệu sinh học tổng hợp là giải pháp thay thế xương tự thân khi không có sẵn hoặc không đủ.
- Phẫu thuật ghép vật liệu nhân tạo giúp:

Lấp đầy khoảng khuyết xương hàm.

Tái tạo nền xương để phục hình răng.

Cải thiện chức năng nhai, nói và thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có khuyết xương hàm trên < 3 cm không nhiễm trùng, không dò mủ.
- Không đủ xương tự thân để ghép.
- Chuẩn bị nền xương cho phục hình răng (implant hoặc phục hình tháo lắp).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vùng phẫu thuật chưa được kiểm soát.
- Dị ứng với vật liệu ghép.
- Bệnh toàn thân nặng ảnh hưởng khả năng lành thương hoặc miễn dịch.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ kích thước khuyết xương bằng hình ảnh học (CT scan, CBCT).
- Cân nhắc phối hợp vật liệu nhân tạo với huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) để tăng khả năng sống ghép.
- Theo dõi nguy cơ tiêu hoặc đào thải vật liệu nhân tạo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ phẫu thuật răng hàm mặt có kinh nghiệm tái tạo xương hàm.
- Gây mê hồi sức, điều dưỡng chuyên khoa.

5.2. Thiết bị:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt, vật liệu ghép nhân tạo (HA, β-TCP...).
- Máy hút, dụng cụ bóc tách màng xương, lưỡi dao chuyên dụng.

5.3. Người bệnh:

- Chụp phim CT 3D đánh giá khuyết xương.
- Xét nghiệm máu cơ bản, thử phản ứng dị ứng nếu cần.
- Tư vấn, ký cam kết mổ và sử dụng vật liệu nhân tạo.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án, bản vẽ khuyết xương.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60–90 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: phòng phẫu thuật Răng Hàm Mặt.

5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Đúng người bệnh, đúng vị trí – đúng mặt cắt – đúng kích thước ghép.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

- Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

6.1 Bước 1: Mở vạt niêm mạc – màng xương vùng khuyết, bộc lộ nền xương.

6.2 Bước 2: Làm sạch vùng khuyết, tạo hình khoảng chứa phù hợp.

6.3 Bước 3: Đặt vật liệu nhân tạo đã trộn máu/PRP vào vùng khuyết.

6.4 Bước 4: Ép nhẹ, cố định bằng màng collagen nếu cần.

6.5 Bước 5: Khâu đóng lớp niêm mạc đảm bảo kín khít, tránh lộ ghép.

6.6 Bước 6: Đặt kháng sinh, chống phù nề và giảm đau.

6.7 Kết thúc quy trình

- Kiểm tra cầm máu, độ ổn định xương ghép
- Ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh/phòng bệnh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Tình trạng sưng, đau, nhiễm trùng tại chỗ ghép.
- Tình trạng tiêu xương hoặc đào thải vật liệu.

7.2. Tai biến có thể gặp:

- Nhiễm trùng vết mổ, lộ vật liệu ghép.
- Không tích hợp xương nhân tạo vào xương nền.

7.3. Xử trí:

- Kháng sinh phổ rộng, vệ sinh miệng tốt.
- Cắt lọc lại nếu có đào thải hoặc viêm kéo dài.
- Phẫu thuật ghép lại bằng vật liệu khác hoặc xương tự thân nếu thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eppley BL, et al. Bone substitutes and growth factors in craniofacial reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2005.
2. Shavit R, Buchbinder D. Maxillary reconstruction using alloplastic materials. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2016.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Răng Hàm Mặt (2021).
4. Misch CE. Contemporary Implant Dentistry. Mosby Elsevier, 2020.
5. Chiapasco M, Casentini P. Alveolar Ridge Preservation Techniques. Springer, 2021.

35. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ THẦN KINH VÀNH TAI DƯỚI 2CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U xơ thần kinh vành tai là khối u mềm nằm trên da hoặc dưới da vành tai, là biểu hiện thường gặp của u xơ thần kinh loại 1 (NF1), gây nên mất thẩm mỹ cho người bệnh.
- Phẫu thuật cắt bỏ khối u nhằm mục đích đem lại tính thẩm mỹ và sự tự tin cho bệnh nhân

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có khối u xơ thần kinh vành tai dưới 2cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ, khả năng tái phát.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế

6.4. Bước 4: Lấy bỏ khối u gửi giải phẫu bệnh

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ trực tiếp hoặc sử dụng các loại vạt tại chỗ, ghép da

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da, mảnh da ghép. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

36. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ THẦN KINH VÀNH TAI 2-5CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U xơ thần kinh vành tai là khối u mềm nằm trên da hoặc dưới da vành tai, là biểu hiện thường gặp của u xơ thần kinh loại 1 (NF1), gây nên mất thẩm mỹ cho người bệnh.
- Phẫu thuật cắt bỏ khối u nhằm mục đích đem lại tính thẩm mỹ và sự tự tin cho bệnh nhân

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có khối u xơ thần kinh vành tai 2-5cm

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ, khả năng tái phát.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da.

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế

6.4. Bước 4: Lấy u gửi giải phẫu bệnh

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ trực tiếp hoặc tạo hình tổn khuyết bằng vạt tại chỗ, vạt lân cận, ghép da.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da, mảnh da ghép. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:1

37. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ THẦN KINH VÀNH TAI TRÊN 5CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U xơ thần kinh vành tai là khối u mềm nằm trên da hoặc dưới da vành tai, là biểu hiện thường gặp của u xơ thần kinh loại 1 (NF1), gây nên mất thẩm mỹ cho người bệnh.
- Phẫu thuật cắt bỏ khối u nhằm mục đích đem lại tính thẩm mỹ và sự tự tin cho bệnh nhân

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có khối u xơ thần kinh vành tai 2-5cm

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ, khả năng tái phát.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da.

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế

6.4. Bước 4: Lấy toàn bộ hoặc một phần khối u gửi giải phẫu bệnh

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ trực tiếp hoặc tạo hình tổn khuyết bằng vạt tại chỗ, vạt lân cận, ghép da.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da, mảnh da ghép. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:1

38. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tại chỗ cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ là phẫu thuật điều trị các tổn khuyết vùng mặt cổ bằng chuyển các vạt tại chỗ.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch vết thương phần mềm vùng hàm mặt, đóng kín tổn khuyết bằng chuyển vạt tại chỗ trong cùng một đơn vị thẩm mỹ vùng mặt cổ
- Mục đích: Cải thiện chức năng, thẩm mỹ vùng hàm mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm phần mềm vùng hàm mặt có thiểu hổng tổ chức kích thước nhỏ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt không có thiếu hổng tổ chức hoặc thiếu hổng tổ chức quá lớn phải sử dụng vạt vi phẫu hoặc cuống liền từ xa.

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da cắt lọc vết thương và chuyển vạt tại chỗ trên cùng một đơn vị thẩm mỹ vùng mặt cổ

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương vùng hàm mặt

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Rạch da bóc tách vạt phần mềm tại chỗ theo thiết kế

6.5. Bước 5: Xoay chuyển vạt phần mềm tại chỗ tạo hình che phủ tổn khuyết

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ theo từng lớp

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.”Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric PlasticSurgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

39. PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THẦN KINH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật thuật khâu nối thần kinh là phẫu thuật khâu phục hồi lại thần kinh ngoại biên.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc vết thương và khâu phục hồi vết thương thần kinh trực tiếp hoặc ghép đoạn thần kinh dưới vi phẫu
- Mục đích: Phục hồi chức năng vận động, cảm giác và thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương hoặc tổn thương thần kinh ngoại biên cần phải khâu nối hoặc ghép đoạn thần kinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ tìm các đầu thần kinh bị tổn thương

6.5. Bước 5: Dưới vi phẫu cắt lọc đầu vết thương thần kinh đến phần lành chảy máu tốt

6.6. Bước 6: Khâu nối thần kinh trực tiếp hoặc ghép nối đoạn thần kinh nếu tổn thương có mất đoạn thần kinh dài dưới vi phẫu với kĩ thuật khâu bao bó thần kinh.

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu

6.8. Bước 8: Khâu đóng vết mổ phần mềm theo từng lớp

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

40. PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM DƯỚI ĐIỀU TRỊ THIỂU SẢN CẰM

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Là phẫu thuật kéo dài xương hàm dưới vùng cằm, cắt đẩy và chỉnh hình cằm trong trường hợp thiểu sản cằm
- Tạo hình lại xương hàm dưới khi có bất cân xứng xương hàm dưới và khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH:

Lệch lạc xương hàm dưới do thiểu sản cằm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Toàn trạng và tại chỗ không phù hợp với phẫu thuật

4.THẬN TRỌNG

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 y tá dụng cụ; 01 y tá chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3 Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Khoan cắt Stryker

- Khoan, nẹp vis hàm mặt
- Dao điện, bibolar

5.4 Người bệnh:

-Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý hàm mặt…

-Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm xương hàm dưới và đánh giá trên phim x-quang, CT

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm: gây mê nội khí quản, gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha với Adrenalin nồng độ 1/100000.

6.1.Bước 1: Gây tê, làm sạch khoang miệng

6.2.Bước 2: Mở niêm mạc hàm dưới vùng cằm mở rộng

6.3 Bước 3: Bộc lộ xương hàm dưới vùng cằm

6.4 Bước 4: Thiết kế đường cắt

6.5 Bước 5: Cắt xương hàm dưới bằng khoan cắt

- Cắt đoạn xương hàm
- Cắt đẩy, chỉnh hình vùng cằm

6.6 Bước 6: Đặt nẹp vis kết hợp lại xương hàm

6.7 Bước 7: Đặt dẫn lưu, đóng vết mổ

- Băng chun

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ:

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Vết thương, chăm sóc vệ sinh răng miện, chườm mát
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.
3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
6. M. Perry. (2014) Atlas of maxillofacial trauma surgery.

41. PHẪU THUẬT HẠ GÒ MÁ CUNG TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật hạ gò má cung tiếp là kỹ thuật làm giảm chiều cao và độ nhô của xương gò má (đặc biệt là phần cung tiếp – zygomatic arch) nhằm làm mềm mại đường nét khuôn mặt, tạo dáng mặt thon gọn hơn, phù hợp với chuẩn thẩm mỹ Á Đông hoặc theo mong muốn cá nhân của bệnh nhân.
- Nguyên lý: Cắt hoặc gọt bớt phần xương gò má ngoài và cung tiếp. Thường áp dụng kỹ thuật nội soi qua đường miệng và/hoặc đường rạch nhỏ trước tai. Có thể thực hiện cố định lại phần xương đã chỉnh hình bằng nẹp vis titan.
- Mục tiêu của phẫu thuật:

Hạ thấp và làm mềm đường cung tiếp – vùng tạo độ rộng ngang lớn nhất của mặt.
Cải thiện hình khối và góc cạnh khuôn mặt.
Tăng sự hài hòa tổng thể giữa các tầng mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có gò má cao, cung tiếp nhô ra rõ, làm khuôn mặt trông góc cạnh, dữ hoặc nam tính.
- Gò má không cân xứng hai bên do phát triển xương không đều hoặc di chứng chấn thương.
- Không có chống chỉ định nội khoa nghiêm trọng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng má, xương gò má.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có kỳ vọng không thực tế hoặc rối loạn lo âu, ám ảnh ngoại hình
- Xương gò má quá mỏng hoặc cấu trúc giải phẫu bất thường, không đủ điều kiện cắt/gọt

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt chỉnh xương
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về xương vùng mặt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm xương gò má, đo đạc tỉ lệ, độ nhô của xương, tình trạng xoang hàm.
- Khám răng, tai mũi họng nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế phần xương gò má, cung tiếp sẽ cắt trên phim và mặt bệnh nhân

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc tiền đình hàm trên 2 bên, rạch da trước cung tiếp 2 bên

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bộc lộ xương gò má 2 bên rộng rãi, cung tiếp tại các điểm cắt xương

6.5. Bước 5: Cắt xương theo thiết kế

6.6. Bước 6: Căn chỉnh xương về vị trí cân đối

6.7. Bước 7: Kết hợp xương gò má bằng nẹp vis

6.8. Bước 8: Đóng vết mổ theo các lớp

Đặt gạc vô trùng, băng đai đỉnh cằm

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, lượng nước tiểu, dấu hiệu mất máu.
- Theo dõi vết mổ: sưng nề, bầm tím, rò dịch, tụ máu dưới da.
- Nếu có đặt dẫn lưu: theo dõi số lượng, màu sắc dịch, đánh giá thời điểm rút dẫn lưu.
- Đánh giá chức năng thần kinh: quan sát liệt cơ mặt, yếu vùng má, méo miệng.
- Đánh giá sự đối xứng vùng gò má sau mổ: thông qua quan sát trực tiếp và sờ nắn.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu nhiều do tổn thương mạch máu vùng mặt. Xử trí: cầm máu trực tiếp, khâu, đốt điện, đặt dẫn lưu nếu cần.
- Tổn thương nhánh dây thần kinh mặt (zygomatic, buccal). Xử trí: bảo tồn tối đa, theo dõi định kỳ vì phần lớn hồi phục sau 3–6 tháng.
- Rò xoang hàm hoặc thông hốc mũi. Xử trí: vá lại màng xoang, đặt dẫn lưu, dùng kháng sinh phổ rộng.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tụ máu hoặc phù nề nặng vùng má. Xử trí: chườm lạnh trong 24–48 giờ đầu, chườm ấm sau đó; nếu tụ máu lớn có thể chọc hút hoặc dẫn lưu.
- Nhiễm trùng vết mổ. Xử trí: mở dẫn lưu, vệ sinh hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Rò miệng do tổn thương niêm mạc. Xử trí: khâu phục hồi niêm mạc, băng ép, hướng dẫn vệ sinh miệng kỹ lưỡng.
- Tê vùng má kéo dài. Xử trí: theo dõi và hỗ trợ bằng vitamin nhóm B, vật lý trị liệu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn và xử trí

- Gò má lệch, mất đối xứng mặt. Xử trí: theo dõi và phẫu thuật chỉnh sửa sau tối thiểu 6 tháng.
- Xơ hóa, cứng mô hoặc lõm vùng má. Xử trí: massage, tiêm mỡ tự thân hoặc chất làm đầy sau 6 tháng.
- Sẹo xấu, sẹo lồi tại vết mổ trước tai. Xử trí: dùng silicone, laser hoặc tiểu phẫu sau 3–6 tháng.
- Không đạt kỳ vọng thẩm mỹ. Xử trí: tư vấn lại cho bệnh nhân, đánh giá và phẫu thuật chỉnh sửa nếu có chỉ định, sau khi mô ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kim YH, Kim TG, Kim IK. Reduction malarplasty: techniques and outcomes. J Craniofac Surg. 2016;27(1):e45–e49.

- Park JH, Lee JH, Lee KC. Zygomatic reduction using L-shaped osteotomy with minimal fixation. Aesthet Plast Surg. 2017;41(3):548–554.
- Liu X, Zhang Y, Li S. Complication analysis of zygomatic contouring surgery: a retrospective study. Oral Maxillofac Surg. 2018;22(2):169–174.
- Choi MS, Lee JW, Oh DY. Computer-assisted surgical planning in facial contouring surgery. J Craniomaxillofac Surg. 2020;48(4):328–334.
- Feng Z, Li W, Li J. A novel endoscopic approach for reduction malarplasty with minimal incision. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2019;72(6):1045–1052.
- Wang J, Chen C, Xu T. Long-term aesthetic outcomes of zygomatic arch reshaping. Aesthet Surg J. 2021;41(10):1163–1172.
- Nakayama A, Saito N, Tanaka H, et al. Facial asymmetry correction via zygoma repositioning. J Oral Maxillofac Surg. 2022;80(4):735.e1–735.e8.

trulv.kcn_Le Van Tru_15/11/2026 08:17:00

42. PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG GÓC HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt xương góc hàm (Mandibular angle ostectomy) là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ phần xương góc hàm hai bên, giúp làm thon gọn vùng hàm dưới, tạo khuôn mặt thanh tú hơn, đặc biệt phổ biến trong phẫu thuật thẩm mỹ khuôn mặt tại châu Á.
- Nguyên lý: Dùng cưa xương chuyên dụng để cắt bỏ phần xương góc hàm dư thừa qua đường rạch trong miệng hoặc ngoài da. Cần đảm bảo bộc lộ rõ ràng, cắt chính xác, kiểm soát chảy máu tốt và hạn chế tổn thương thần kinh hàm dưới.
- Mục tiêu của phẫu thuật:

Giảm độ rộng và góc cạnh vùng xương hàm dưới, tạo đường nét hài hòa gương mặt.
Duy trì cân đối khớp cắn, không gây lệch hàm hay rối loạn chức năng hàm.
Giảm nguy cơ tổn thương thần kinh và mô mềm quanh xương góc hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Góc hàm hai bên phát triển quá mức gây mất cân đối khuôn mặt.
- Xương hàm dưới thô, to bè không phù hợp với mong muốn thẩm mỹ.
- Mặt vuông do nguyên nhân xương (phân biệt với nguyên nhân cơ hoặc mỡ).
- Bệnh nhân có yêu cầu thẩm mỹ sau khi đã được tư vấn đầy đủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát được (tim mạch, hô hấp, suy đa tạng).
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.
- Nhiễm trùng vùng miệng, hàm mặt chưa xử trí ổn định.
- Cấu trúc xương hàm bất thường cần phẫu thuật chỉnh hình phức tạp.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có xương hàm lệch, khớp cắn sai cần cân nhắc phối hợp phẫu thuật chỉnh hình hàm.
- Dây thần kinh huyệt răng dưới đi thấp → nguy cơ tổn thương cao.
- Bệnh nhân có kỳ vọng thẩm mỹ không thực tế hoặc rối loạn tâm lý.
- Có bệnh lý răng – nha chu vùng góc hàm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…

- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt, cắt chỉnh xương
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật
- Máy hút, dụng cụ bộc lộ và phẫu tích mô mềm.
- Máy đốt điện, đèn đầu, vật tư vô khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật xương hàm trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về xương vùng mặt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm xương hàm dưới, đo đạc tỉ lệ
- Khám răng nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- CT scan 3D xương hàm dưới để đánh giá độ dày xương và vị trí dây thần kinh.
- Chụp X-quang Panorama.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện: 90–120 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra trước mổ

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh phù hợp với phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Rạch niêm mạc:

- Rạch niêm mạc trong miệng vùng tiền đình hàm dưới (phía sau răng số 6–7), cách bờ lợi 5–10mm.

6.2. Bước 2: Bộc lộ xương góc hàm
- Tách lớp dưới màng xương để lộ rõ bờ dưới và góc hàm.
- Đánh dấu giới hạn cắt xương theo thiết kế (có thể dùng mẫu in 3D).

6.3. Bước 3: Cắt xương
- Dùng cưa chuyên dụng cắt bỏ phần xương góc hàm theo đường cong mềm mại.
- Kiểm soát chảy máu, bảo vệ dây thần kinh huyệt răng dưới.

6.4. Bước 4: Làm nhẵn bờ cắt
Dùng mài chuyên dụng chỉnh lại bề mặt xương để tránh gồ ghề.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ
- Khâu niêm mạc nhiều lớp, không để hở xương.
- Đặt dẫn lưu nếu cần. Băng ép ngoài vùng góc hàm.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, dấu hiệu sưng đau – nhiễm trùng vùng mổ.
- Tê bì môi dưới (dây V3), cảm giác giảm vùng cằm – môi.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tổn thương dây thần kinh huyệt răng dưới → khâu lại màng xương, theo dõi hồi phục sau mổ.
- Chảy máu: đốt điện, cầm máu tại chỗ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Tụ máu: chọc hút hoặc dẫn lưu.
- Nhiễm trùng: rửa vết thương, kháng sinh phổ rộng.

7.4. Biến chứng muộn
- Mất cảm giác kéo dài: phục hồi sau 3–6 tháng, nếu không cần điều trị hỗ trợ.
- Gãy xương thứ phát (nếu cắt quá sát góc hàm): kết hợp xương lại.
- Lồi lõm không đều: cân nhắc phẫu thuật chỉnh sửa lại sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Park JH, Hwang DS, Baek SH. Angle-reducing ostectomy of the mandible: aesthetic considerations. Plast Reconstr Surg. 2020;145(4):887–897.
- Choi JY, Lee JH, et al. Mandibular angle reduction surgery: a review of 588 cases. Aesthetic Plast Surg. 2019;43(5):1360–1368.
- Farkas LG, Kolar JC. Anthropometric and cephalometric analysis of facial proportions in East Asians. Plast Reconstr Surg. 2018;142(3):505e–513e.
- Kim YH, Lee DW. Safety considerations in mandibular contouring surgery. Arch Craniofac Surg. 2022;23(2):61–67.
- AO Foundation. Mandibular angle osteotomy technique. AO CMF Manual 2021.

43. PHẪU THUẬT KÉO GIÃN XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật kéo giãn xương hàm dưới là một kỹ thuật tạo hình hàm mặt hiện đại, áp dụng nguyên lý kéo giãn sinh học (distraction osteogenesis – DO), trong đó xương được cắt rời và kéo dần ra bằng dụng cụ chuyên dụng, giúp tạo thêm chiều dài và hình thể mới cho xương hàm dưới.
- Nguyên lý: Sau khi thực hiện cắt xương hàm dưới (mandibular corticotomy), hai đoạn xương được kéo dần xa nhau mỗi ngày khoảng 1mm bằng dụng cụ kéo giãn cố định ngoài hoặc trong. Quá trình kéo giãn kích thích tạo xương mới tại khe hở, đồng thời kéo dài mô mềm liên quan.
- Mục tiêu:

Cải thiện hình thái xương hàm dưới trong các dị tật như micrognathia, Pierre Robin sequence, hoặc hậu chấn thương.

Giải phóng đường thở ở trẻ nhỏ bị tắc nghẽn do hàm nhỏ tụt sau.

Tránh phải ghép xương hay sử dụng vật liệu nhân tạo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có thiểu sản xương hàm dưới bẩm sinh (micrognathia), đặc biệt là trẻ em có hội chứng Pierre Robin, Treacher Collins, Nager…
- Thiểu sản hàm dưới mắc phải sau chấn thương, viêm khớp, phẫu thuật cắt bỏ xương.
- Trường hợp cần kéo dài xương để chuẩn bị nền xương cho phục hình implant răng.
- Bệnh nhân có chỉ định chỉnh sửa bất cân xứng hàm dưới (asymmetry).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu không kiểm soát.
- Nhiễm trùng cấp tính vùng hàm dưới.
- Xương hàm quá ngắn không đủ chiều dài để cắt và kéo giãn an toàn.
- Không tuân thủ được quá trình chăm sóc sau mổ kéo dài (đặc biệt ở trẻ không có người giám hộ sát sao).

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có cấu trúc dây thần kinh huyệt răng dưới bất thường (nằm cao).
- Trường hợp bất cân xứng phức tạp cần phối hợp với chỉnh nha trước – trong – sau mổ.
- Theo dõi chặt các dấu hiệu nhiễm trùng vùng xung quanh vít neo thiết bị kéo giãn.
- Kiểm tra tâm lý bệnh nhân và người nhà trong các trường hợp kéo dài ở trẻ nhỏ hoặc cần mang dụng cụ kéo giãn lâu dài.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh

- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt, cắt chỉnh xương
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật
- Máy hút, dụng cụ bộc lộ và phẫu tích mô mềm.
- Máy đốt điện, đèn đầu, vật tư vô khuẩn
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật xương hàm trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về xương …
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm xương hàm dưới, các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám răng nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đường rạch và bộc lộ xương
- Rạch niêm mạc trong miệng theo đường răng tiền hàm đến vùng góc hàm.
- Tách màng xương, bộc lộ mặt ngoài xương hàm dưới tại vị trí đã lên kế hoạch cắt xương.

6.2. Bước 2: Cắt xương
- Dùng cưa siêu âm hoặc cưa lưỡi mỏng cắt ngang xương theo chiều đứng, không làm đứt rời hoàn toàn mà giữ lại mặt trong để ổn định cơ học.
- Kiểm soát chảy máu, không tổn thương thần kinh.

6.3. Bước 3: Cố định dụng cụ kéo giãn
- Gắn thiết bị kéo giãn ngoài da hoặc trong miệng (intraoral hoặc extraoral distractor).
- Kiểm tra tính ổn định của dụng cụ, đảm bảo hai phần xương di chuyển song song khi kéo.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vết mổ
- Khâu niêm mạc nhiều lớp, không để hở xương.
- Cố định lại thiết bị kéo giãn ra ngoài da hoặc trong niêm mạc.

6.5. Bước 5: Kéo giãn (sau mổ)
- Thời gian chờ sau mổ (latency period): 3–5 ngày.
- Bắt đầu kéo giãn: tốc độ 1mm/ngày, chia làm 2–3 lần.
- Thời gian kéo: tùy theo mục tiêu, thường từ 7–14 ngày.
- Thời gian cố định duy trì sau kéo: 6–8 tuần để xương mới hóa cứng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Đánh giá đau, nhiễm trùng vị trí đặt vít, tê môi, khớp cắn lệch.
- Chụp X-quang định kỳ để theo dõi quá trình tạo xương.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Chảy máu: xử trí bằng đốt điện hoặc kẹp mạch.
- Tổn thương thần kinh huyệt răng dưới: theo dõi, không can thiệp nếu không đứt hoàn toàn.

7.3. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Nhiễm trùng quanh vít hoặc dụng cụ kéo: rửa, thay băng, kháng sinh phổ rộng.
- Mất cảm giác môi dưới: hồi phục 3–6 tháng.

7.4. Biến chứng muộn
- Vẹo đường kéo, bất đối xứng: phẫu thuật chỉnh sửa lại.
- Thiếu xương hóa: kéo lại hoặc ghép xương bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ow ATC, Cheung LK. Distraction osteogenesis of the mandible: a review of 266 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2020;49(2):229–237.
- Fearon JA. Distraction osteogenesis: application in craniofacial surgery. Clin Plast Surg. 2020;47(3):289–304.
- Meazzini MC, Mazzoleni F, Bozzetti A. Mandibular distraction in infants with Pierre Robin Sequence: 10-year follow-up. J Craniomaxillofac Surg. 2018;46(3):440–446.

- Mandracchia M, et al. Internal vs. external distractors in mandibular lengthening: a systematic review. J Oral Maxillofac Surg. 2021;79(1):175–183.
- Monasterio FO, Molina F. Distraction osteogenesis of the mandible in growing patients. Plast Reconstr Surg. 2016;137(5):1717–1729.
- Tabrizi R, Ozkan BT, et al. Evaluation of complications in mandibular distraction. J Craniofac Surg. 2015;26(4):1210–1214.
- AO Foundation. Mandibular Distraction Osteogenesis Technique Guide. AO CMF Manual 2021.

trulv.kcb_Le Van Tru_15/10/2026 08:15:00

44. PHẪU THUẬT KÉO GIÃN XƯƠNG HÀM TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật kéo giãn xương hàm trên (Maxillary or Midface Distraction Osteogenesis – DO) là kỹ thuật cắt xương mặt giữa (thường qua đường Lefort I hoặc III), gắn thiết bị kéo giãn và thực hiện kéo dần từng ngày để tăng chiều trước – dưới hoặc ra ngoài của xương hàm trên, giúp điều trị các dị tật tụt hàm giữa (midface hypoplasia).
- Nguyên lý: Sau khi thực hiện cắt xương định hướng theo đường Le Fort I (hoặc III với trường hợp nặng), hai khối xương được kéo dần ra xa bằng distractor gắn trong (intraoral) hoặc ngoài (extraoral), tạo điều kiện cho xương và mô mềm phát triển đồng thời.
- Mục tiêu:

Điều trị thiểu sản xương hàm trên, tụt mặt giữa do dị tật bẩm sinh (Crouzon, Apert, CLP...).

Cải thiện chức năng hô hấp, phát âm, ăn nhai và thẩm mỹ.

Tạo khối xương hàm trên đủ thể tích để phục hình răng hoặc phẫu thuật chỉnh hình tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thiểu sản xương hàm trên hoặc mặt giữa do các hội chứng dị tật bẩm sinh (Crouzon, Apert, Pfeiffer…).
- Hẹp cung hàm trên nghiêm trọng kèm hô xương hàm dưới tương đối (pseudoprognathism).
- Xương hàm trên tụt sau hoặc thiểu sản sau chấn thương, viêm, phẫu thuật u.
- Bệnh nhân có nền xương hàm trên không đủ để đặt implant răng hoặc phục hồi răng cửa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính vùng mặt giữa.
- Bệnh lý toàn thân không kiểm soát (rối loạn đông máu, suy tim, suy gan…).
- Cấu trúc xương bất thường không cho phép thực hiện cắt xương an toàn.
- Tâm lý bệnh nhân không hợp tác hoặc điều kiện chăm sóc hậu phẫu không đảm bảo.

4. THẬN TRỌNG

- Cần phối hợp chặt với chỉnh nha trước – sau mổ để đạt kết quả tối ưu.
- Kiểm tra kỹ vị trí dây thần kinh dưới hốc mắt, ống mũi – lệ.
- Nguy cơ sẹo lồi – co rút nếu sử dụng distractor ngoài da.
- Đánh giá kỹ khớp cắn và đường thở trên hình ảnh dựng 3D.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh

- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt, cắt chỉnh xương
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật
- Máy hút, dụng cụ bộc lộ và phẫu tích mô mềm.
- Máy đốt điện, đèn đầu, vật tư vô khuẩn
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật xương hàm trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về xương …
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm xương hàm dưới, các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám răng nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Rạch niêm mạc

- Đường rạch qua niêm mạc tiền đình hàm trên, vùng răng cửa đến răng cối lớn.
- Bộc lộ mặt trước xương hàm trên, ổ mũi trước, trần hốc mũi và xương gò má nếu thực hiện Le Fort III.

6.2. Bước 2: Cắt xương

- Thực hiện đường cắt Le Fort I hoặc Le Fort III theo chỉ định.
- Dùng cưa siêu âm hoặc lưỡi cưa chuyên dụng, bảo tồn phần trong màng xương tối đa.
- Kiểm soát mạch máu vùng dưới ổ mắt và cánh mũi.

6.3. Bước 3: Gắn thiết bị kéo giãn

- Distractor loại trong miệng (Intraoral) hoặc ngoài da (External frame).
- Cố định chắc chắn vào khối xương hàm trên và nền sọ mặt.
- Kiểm tra trước chuyển động tịnh tiến của khối xương khi vặn thiết bị.

6.4. Bước 4: Khâu vết mổ

Khâu phục hồi lớp niêm mạc và mô mềm vùng mổ.

Đảm bảo không lộ thiết bị distractor nội bộ (nếu có).

6.5. Bước 5: Kéo giãn (sau mổ)

Giai đoạn chờ: 5–7 ngày sau mổ (latency phase).

Giai đoạn kéo giãn: 0,5–1mm/ngày, chia 2–3 lần.

Giai đoạn cố định: duy trì thiết bị từ 6–10 tuần để xương mới cứng hoá hoàn toàn.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, vết thương, đánh giá cảm giác vùng dưới hốc mắt.
- Chụp X-quang hoặc CT scan định kỳ theo dõi đường kéo và sự hình thành xương mới.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu từ xoang hàm hoặc động mạch dưới ổ mắt: cầm máu tại chỗ.
- Tổn thương ống mũi – lệ hoặc sàn ổ mắt.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng quanh thiết bị kéo giãn: rửa, kháng sinh.
- Lệch khối xương hàm kéo: điều chỉnh lại nếu sớm phát hiện.

7.4. Biến chứng muộn

- Thiếu xương hoặc tiêu xương: cần ghép bổ sung.
- Lệch đường giữa, sai khớp cắn: chỉnh hình/phẫu thuật lại sau 6–12 tháng.
- Rối loạn phát âm hoặc hô hấp tạm thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fearon JA. Treatment of craniosynostosis with midface hypoplasia. Clin Plast Surg. 2020;47(3):305–318.
- Meazzini MC et al. Long-term outcome of Le Fort I distraction in syndromic midface hypoplasia. J Craniofac Surg. 2021;32(1):255–261.
- Kumar A, Gupta R. Intraoral distraction osteogenesis for correction of maxillary deficiency. J Oral Maxillofac Surg. 2019;77(5):987.e1–987.e11.
- Herlin C, et al. Le Fort III distraction osteogenesis in children with craniofacial dysostosis. J Craniomaxillofac Surg. 2016;44(7):901–909.

- Oberoi S, Vargervik K. Maxillary distraction in cleft lip and palate patients. Semin Orthod. 2018;24(3):256–267.
- Bianchi J, Denny AD. Management of complications in midface distraction. Plast Reconstr Surg. 2015;135(4):856e–865e.
- AO Foundation. Midface Distraction Osteogenesis – CMF Technique Guide. AO CMF Manual 2022.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026

45. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ DO CHO KHUYẾT XƯƠNG BÀN TAY

truly.vn/kcb-ky-thuat-... 15/10/2025 07:17:00

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép xương tự do cho khuyết xương bàn tay là kỹ thuật sử dụng mảnh xương ghép (xương xốp, xương đặc hoặc hỗn hợp) từ vị trí khác của cơ thể (thường là xương mào chậu, xương quay, xương mác hoặc xương đòn) để lấp đầy khuyết hổng xương bàn tay nhằm phục hồi hình thái giải phẫu và chức năng cầm nắm.
- Nguyên lý: Mảnh xương được lấy tự do, không cuống mạch, sau đó đặt vào vùng khuyết, cố định bằng kim Kirschner, nẹp vít nhỏ hoặc chỉ thép. Tái lập cấu trúc xương bị thiếu giúp phục hồi cơ học và chức năng bàn tay.
- Mục tiêu:
  + Phục hồi xương bàn – đốt – khớp tổn thương do chấn thương, cắt u, viêm xương.
  + Tái tạo nền xương để phục hồi chức năng cầm nắm, đối chiếu ngón tay.
  + Hạn chế co rút mô mềm, duy trì chiều dài ngón – bàn tay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết xương bàn – ngón tay do chấn thương, nhiễm trùng hoặc cắt u.
- Xương không liền, xương tiêu sau kết hợp xương bàn tay thất bại.
- Thiểu sản xương bàn bẩm sinh cần ghép tạo hình.
- Cần tạo nền xương cho ghép gân hoặc phục hồi khớp giả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng nhận chưa kiểm soát.
- Tuần hoàn vùng nhận không đảm bảo (bỏng sâu, xơ hóa nặng, xạ trị).
- Bệnh nhân toàn thân yếu, không chịu được mổ, hoặc không hợp tác hậu phẫu.
- Thiếu vùng cho xương phù hợp (bệnh lý loãng xương nặng, đã khai thác nhiều lần…).

4. THẬN TRỌNG

- Vùng nhận có sẹo xơ co kéo hoặc thiếu mô mềm: cân nhắc phối hợp vạt che phủ.
- Mảnh ghép dài >3cm nên có phương án cố định chắc chắn (nẹp vít thay vì kim K).
- Chỉ định rõ ràng ở trẻ em còn tăng trưởng (ảnh hưởng tới bản tăng trưởng xương).
- Cần kế hoạch phục hồi chức năng sớm để tránh cứng khớp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân
- Kháng sinh phổ rộng
- Dung dịch sát khuẩn, giảm đau, chống viêm

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu xương bàn tay
- Dụng cụ lấy xương (bóc xương mào chậu, mác, quay…)
- Kim Kirschner, nẹp vít mini, chỉ thép
- Máy cắt xương, dụng cụ hút, đốt điện
- Gạc, găng, chỉ khâu, vật tư vô khuẩn

5.4. Người bệnh
- Khám toàn thân: đánh giá khả năng gây tê/gây mê, tình trạng xương – chuyển hóa – nhiễm trùng.
- Khám tại chỗ: xác định kích thước và vị trí khuyết xương, mô mềm xung quanh.
- Chẩn đoán hình ảnh: X-quang bàn tay (thẳng – nghiêng), CT 3D nếu cần xác định cấu trúc.
- Khảo sát vùng cho: chụp XQ khung chậu hoặc cẳng tay nếu lấy xương quay/mác.
- Tư vấn trước mổ: giải thích cho người bệnh khả năng phục hồi và hạn chế sau ghép.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Hồ sơ ngoại khoa đầy đủ
- Cam kết phẫu thuật và phục hồi chức năng sau mổ

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90–120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Xác minh đúng vị trí khuyết, mảnh ghép dự kiến, chiều dài cần tái tạo
- Checklist an toàn phẫu thuật
- Đặt tư thế thuận lợi cho phẫu thuật viên và khai thác vùng cho

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị vùng nhận
- Mở đường rạch theo trục khớp khuyết
- Cắt lọc mô xơ, làm sạch xương chết nếu có
- Chuẩn bị ổ ghép với hai mặt xương còn lại phẳng đều, có thể khoan nhẹ tạo lỗ thấm

6.2. Bước 2: Lấy xương ghép
- Lấy xương mào chậu/xương mác/xương quay theo kích thước đã đo
- Xương ghép có thể đặc, xốp hoặc hỗn hợp, tạo hình theo vị trí bàn tay

6.3. Bước 3: Ghép và cố định xương
- Đặt mảnh ghép khít vào ổ xương
- Cố định bằng kim Kirschner, chỉ thép hoặc nẹp vít mini tùy vị trí – chiều dài

6.4. Bước 4: Kiểm tra và khâu kín
- Kiểm tra sự ổn định cơ học
- Đặt dẫn lưu nếu cần
- Khâu mô mềm nhiều lớp, đóng da

6.5. Bước 5: Bất động và hậu phẫu
- Bất động bằng nẹp cổ tay – bàn tay 2–4 tuần
- Kết hợp phục hồi chức năng sau 2 tuần nếu có mô mềm tốt

6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Đau, sưng, nhiễm trùng vùng mổ
- Tuần hoàn đầu ngón tay nếu ghép vùng gần đầu chi

- Cử động thụ động khớp liên quan sau 2 tuần

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Gãy mảnh xương ghép khi đặt: cần thay mảnh khác
- Tổn thương mạch máu hoặc thần kinh cạnh vùng khuyết

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu dưới da: chích rạch
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, tháo bỏ cố định nếu cần
- Xương ghép không dính: theo dõi, ghép lại sau 3 tháng

7.4. Biến chứng muộn

- Hạn chế vận động khớp: tập phục hồi chức năng
- Biến dạng ngón: phẫu thuật chỉnh hình thứ phát
- Tiêu xương ghép một phần: theo dõi hoặc bổ sung ghép bổ trợ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jones NF. Reconstruction of the hand and upper extremity. Plast Reconstr Surg. 2016;138(3):738e–754e.
- Zook EG, Brown RE. Hand injuries: coverage of soft tissue and bone. Clin Plast Surg. 2019;46(3):339–350.
- Lalonde DH. Bone grafting and reconstruction in the hand. J Hand Surg Am. 2015;40(3):579–589.
- Bergman S, Jason W et al. Outcomes of autologous bone grafting in nonunion of hand fractures. J Hand Surg Eur. 2018;43(1):39–44.
- AO Surgery Reference. Autograft Reconstruction of Metacarpal and Phalangeal Defects. AO Foundation, 2022.
- Dumontier C et al. Vascularized bone grafts for hand reconstruction. J Hand Surg Eur. 2014;39(2):123–132.
- Wei FC, Mardini S. Reconstructive Microsurgery Handbook. McGraw-Hill, 2016.

46. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÚ SA TRỄ KẾT HỢP ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật kết hợp đặt túi độn và tạo hình lại vú với các trường hợp vú sa trễ.
- Nguyên lý: Sử dụng vật liệu độn nhân tạo tạo hình chỉnh sửa lại vú sa trễ kết hợp với các phương pháp tạo hình
- Mục đích: Phẫu thuật nhằm làm thay đổi hình dạng vú, điều trị sa trễ và làm đẹp vú

2. CHỈ ĐỊNH

- Vú sa trễ độ I, II không kèm phì đại.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép.
- Bệnh vú phì đại kèm sa trễ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân sau mổ ung thư ổn định mới tạo hình vú
- Các bệnh toàn thân khác chưa cho phép

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng vú 2 bên phải được đánh giá để xác thể tích vú sa trễ cần cắt của bệnh nhân, lượng da thừa, thể tích túi cần đặt.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của ngườibệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế khoang đặt túi trên ngực bệnh nhân

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch da theo đường quầng vú, đường nách, rãnh dưới vú

6.3 Bước 3: Rạch da theo đường đã thiết kế, cắt da thừa, phần vú sa trễ.

6.4 Bước 4: Tạo đường hầm đi vào khoang.

6.5 Bước 5: Bóc tách nhẹ nhàng tạo khoang dưới cơ.

6.6 Bước 6: Kiểm tra cầm máu

6.7 Bước 7: Đặt túi vào khoang.

6.8 Bước 8: Kiểm tra mức độ cân đối 2 bên

6.9 Bước 9: Đặt dẫn lưu 2 bên. Khâu đóng vết mổ. Băng chun cố định.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Theo dõi dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.
- Lệch túi. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại túi.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stutman RL, Codner M, Mahoney A, Amei A. Comparison of breast augmentation incisions and common complications. Aesthetic Plast Surg 2012
2. Zeren shen, 2019. A comparative assessment of three planes of implant placement in breast augmentation: A Bayesian analysis
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

47. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÚ SA TRỄ PHÌ ĐẠI KẾT HỢP ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật kết hợp đặt túi độn và tạo hình lại vú với các trường hợp vú sa trễ có phi đại.
- Nguyên lý: Sử dụng vật liệu độn nhân tạo tạo hình chỉnh sửa lại vú sa trễ kết hợp với các phương pháp tạo hình
- Mục đích: Phẫu thuật nhằm làm thay đổi hình dạng vú, điều trị sa trễ phì đại và làm đẹp vú

2. CHỈ ĐỊNH

- Vú sa trễ kèm phì đại.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép
- Vú phì đại mức độ III, IV

4. THẬN TRỌNG

- Phải tính toán vạt cẩn thận tránh tổn thương cuống vạt trong mổ, đường sẹo xấu
- Các bệnh toàn thân khác chưa cho phép

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng vú 2 bên phải được đánh giá để xác thể tích vú sa trễ, phì đại cần cắt của bệnh nhân, lượng da thừa, thể tích túi cần đặt.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của ngườibệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế khoang đặt túi trên ngực bệnh nhân.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch da theo đường quầng vú, đường nách, rãnh dưới vú

6.3 Bước 3: Rạch da theo đường đã thiết kế, cắt da thừa, phần vú sa trễ phì đại

6.4 Bước 4: Tạo đường hầm đi vào khoang.

6.5 Bước 5: Bóc tách nhẹ nhàng tạo khoang dưới cơ.

6.6 Bước 6: Kiểm tra cầm máu

6.7 Bước 7: Đặt túi vào khoang.

6.8 Bước 8: Kiểm tra mức độ cân đối 2 bên

6.9 Bước 9: Đặt dẫn lưu 2 bên. Khâu đóng vết mổ. Băng chun cố định.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Theo dõi dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.
- Lệch túi. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại túi.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại túi.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stutman RL, Codner M, Mahoney A, Amei A. Comparison of breast augmentation incisions and common complications. Aesthetic Plast Surg 2012
2. Zeren shen, 2019. A comparative assessment of three planes of implant placement in breast augmentation: A Bayesian analysis
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

48. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MẠCH MÁU CHI THỂ BẰNG GHÉP MẠCH TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình mạch máu chi thể bằng ghép mạch tự thân là phẫu thuật tái tạo các đoạn mạch bị dập nát, khuyết, mất đoạn bằng ghép đoạn mạch tự thân có đường kính tương xứng.
- Nguyên lý: Sử dụng đoạn mạch tự thân nối ghép mạch máu vùng chi thể tái thông mạch.
- Mục đích: Phẫu thuật nhằm phục hồi lại mạch máu ở chi thể, tái tạo tuần hoàn sau chấn thương, vết thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mạch máu ngoại vi sau chấn thương và vết thương
- Các trường hợp nối lại mạch máu, chi thể đứt rời

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4.THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh xơ vữa mạch máu, các bệnh liên quan thành mạch
- Các bệnh liên quan đến đông máu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparine

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi, chỉ vi phẫu
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của ngườibệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 300phút (5 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa hay nghiêng tùy vị trí mạch cho và nhận

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp

6.2. Bước 2: Chuẩn bị nơi nhận, cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa. Bộc lộ và làm sạch mạch cần tạo hình

6.3. Bước 3: Tại vùng lấy mạch ghép: Mở qua da, phẫu tích cẩn thận tĩnh mạch ghép

6.4. Bước 4: Cắt đoạn mạch ghép đảo chiều đoạn mạch trước khi đưa lên đoan mạch nhận

6.5. Bước 5: Chuyển đoạn mạch ghép. Nối mạch ghép sử dụng kính hiển vi và kỹ thuật vi phẫu

Siêu âm doppler mạch máu kiểm tra, test thông mạch.

6.6. Bước 6: Khâu đóng, đặt dẫn lưu

6.7. Bước 7: Sử dụng heparin toàn thân.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc vùng cấp máu của vạt có mạch đươc ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng nhẹ hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch.
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Park D, Cho S, Han A, et al. Outcomes after arterial or venous reconstructions in limb salvage surgery for extremity soft tissue sarcoma. J Korean Med Sci. 2018
2. Okamoto K, Koga A, Tazume H, et al. Early and mid-term outcomes after vascular reconstruction for patients with lower-extremity soft-tissue malignant tumors. Ann Vasc Dis. 2018
3. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

49. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG GHÉP TẾ BÀO GỐC TỪ MÔ MỠ TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật tái tạo vú bằng ghép tế bào gốc từ mô mỡ tự thân để tăng thể tích cho vú, tái tạo hình thể vú.
- Nguyên lý: Sử dụng mô mỡ tự thân tái tạo lại vú
- Mục đích: tăng thể tích, làm cân đối và tạo hình lại vú

2. CHỈ ĐỊNH

- Vú nhỏ bẩm sinh hoặc cho con bú, vú mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có sức khỏe ổn định để làm phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu
- Bộ dụng cụ tiêm và hút mỡ
- Máy ly tâm mỡ.

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường… Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng vú 2 bên phải được đánh giá để xác thể tích vú thiếu của bệnh nhân, lượng da thừa, độ dày, diện tích và chất lượng da vú 2 bên.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của ngườibệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Tiêm dung dich thuốc tê vào vùng bụng, đùi cần lấy mỡ

6.2. Bước 2: Đánh tan mỡ bằng đầu canuyn thích hợp

6.3. Bước 3: Hút mỡ ra chai

6.4 Bước 4: Lọc mỡ, tách chiết mỡ ra các xylanh bằng máy ly tâm để chuẩn bị bơm

6.5 Bước 5: Thiết kế sơ đồ cấy tế bào gốc

6.6 Bước 6: Gây tê tại chỗ các điểm tiêm chính.

6.7 Bước 7: Ghép tế bào gốc bằng que tiêm theo sơ đồ đã thiết kế vào các lớp.
Tạo hình khuôn ngực trong lúc cấy để trông thật tự nhiên.

6.8 Bước 8: Mặc áo chuyên dụng để giữ khuôn ngực.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Mức độ sưng nề.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Ngực không cân đối. Xử trí: tạo hình thêm.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Relations ASoPSP. 2016 Plastic Surgery Stastics Report: ASPS National Clearinghouse of PLastic Surgery Procedural Statistics. 2017
4. Cohen O, Lam G, Karp N, et al. Determining the Oncologic Safety of Autologous Fat Grafting as a Reconstructive Modality: An Institutional Review of Breast Cancer Recurrence Rates and Surgical Outcomes. Plast Reconstr Surg 2017

50. PHẪU THUẬT CẮT BỎ TUYẾN VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cắt tuyến vú kèm nạo vét hạch nách là một phương pháp điều trị cho những người bệnh ung thư vú. Ngày nay, phẫu thuật cắt tuyến vú còn được thực hiện trên những bệnh nhân chuyển giới nam.
- Kỹ thuật phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách dưới đây thực chất là phẫu thuật cắt tuyến vú cải biên (modified radical mastectomy) có bảo tồn cơ ngực bé, thần kinh ngực giữa, thần kinh ngực lưng. Kỹ thuật được mô tả bởi Patey và Dyson năm 1948.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định của phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách được thay đổi rất nhiều. Dù sao phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách là một phương pháp khống chế khối u tại chỗ, kiểm soát hạch vùng với những ung thư vú ở giai đoạn 0, I, II.
- Phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách cũng quan trọng như điều trị tia xạ hay hoá chất bổ trợ cho những người bệnh ung thư vú giai đoạn III và IV do khả năng kiểm soát khối u tại chỗ nhưng không nên coi việc đó là phương pháp chủ yếu. Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp cụ thể sau:
- Ung thư vú giai đoạn 0, I với những người bệnh nhiều tuổi không có nhu cầu bảo tồn vú hoặc u ở vị trí trung tâm.
- Ung thư vú giai đoạn II, IIIA, IIIB.
- Ung thư vú giai đoạn IIIB, IV sau điều trị tân hỗ trợ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư vú giai đoạn IIIB, IV chưa điều trị tân hỗ trợ.
- Ung thư vú thể viêm.
- Người bệnh đang mắc các bệnh nội khoa như đái tháo đường, huyết áp cao, tim mạch…, có chống chỉ định với gây mê hồi sức.

4. THẬN TRỌNG

- Cẩn trọng với người sức khỏe suy kiệt, nhiều bệnh nền không đáp ứng đước phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml

- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh:

- Nằm ngửa, cánh tay cùng bên dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.
- Một đệm nhỏ được đặt dọc dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1 Bước 1: Chuẩn bị

- Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú một thì, diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên thẩm mĩ có thể so sánh sự đối xứng giữa hai bên vú.
- Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu.

6.2 Bước 2: Đường rạch

- Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ.
- Rạch da hình elip, đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú.

6.3 Bước 2: Cắt tuyến vú:

- Hai vạt da được bóc tách bằng dao điện lên phía trên, phía dưới và xung quanh giới hạn. Mặc dù việc bóc tách vạt da càng mỏng càng tốt nhưng vấn đề bảo tồn các mạch máu nuôi dưỡng những vạt da là cực kỳ cần thiết. Mặt phẳng phẫu tích khoảng 5mm dưới vạt da là hợp lý.
- Bóc tách thận trọng không đi vào vùng nhu mô đã lấy đi khi làm sinh thiết.
- Tuyến vú sau đó được bóc tách tới tận cân cơ ngực lớn. Nếu khối u ở sâu dính, có thể lấy bỏ một phần cơ ngực lớn cùng với khối u và tuyến vú thành một khối. Nếu khối u không dính vào cơ ngực, việc để lại cân cơ ngực lớn giúp cho việc tạo hình vú sau này được thuận lợi hơn.
- Bóc tách, lật bỏ tuyến vú ra khỏi cơ ngực được đi từ phía trong ra ngoài sau khi phẫu tích vạt da phía trên, dưới, trong và ngoài. Khi tuyến vú được phẫu tích đến bờ ngoài cơ ngực lớn phần đuôi nách, bước vào thì thứ 2 vét hạch nách.
- 6.3 Bước 3: Vét hạch nách:
- Bộc lộ bờ ngoài cơ lưng to, phẫu tích sát bờ ngoài cơ lưng to vào hố nách, phía ngoài phẫu tích dọc theo dải gân cơ lưng to đến khi nhìn thấy rõ tĩnh mạch nách. Mở cân của nách nằm ngay giữa bờ trước của cơ lưng to để bộc lộ bó mạch ngực lưng. Cắt bỏ lá cân ở mặt bên thân ngực lưng để cho mạch và thần kinh ngực lưng lộ ra ngoài khi kéo bệnh phẩm vào trong. Một nhánh vuông góc xuất phát từ bờ trong của các mạch ngực lưng thường chỉ vào vị trí của thần kinh ngực dài. Rạch cân ở phía trước thần kinh ngực dài cho phép kéo thêm bệnh phẩm vào phía trong.
- Nhận biết thân ngực lưng và thần kinh ngực dài để nếu xảy ra biến chứng chảy máu thì có thể lấy bỏ bệnh phẩm mà không làm tổn hại đến các thành phần quan trọng này.
- Sau khi bệnh phẩm được lấy bỏ khỏi mặt bên của cơ ngực lớn, bộc lộ cơ ngực bé nằm ở dưới. Rạch bao cân cơ ngực lớn, thận trọng để tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh cơ ngực bé. Bảo tồn nhánh thần kinh đi qua bó này để đến cơ ngực lớn có thể chống được sự teo nhỏ của 1/3 bên cơ ngực lớn.
- Tổ chức bệnh phẩm hạch được lấy ra khỏi tĩnh mạch nách theo đừng từ ngoài vào trong. Phẫu tích bệnh phẩm hạch khỏi tĩnh mạch nách, từ bờ dưới của tĩnh mạch nách xuống,

hạn chế mở rộng lên phía trên tránh làm tổn thương động mạch nách và đám rối thần kinh cánh tay, giảm tỉ lệ phù tay sau phẫu thuật.

- Cặp và buộc các nhánh lớn từ tĩnh mạch nách đi vào bệnh phẩm, tại mặt trong của trường phẫu thuật, dùng một dụng cụ để nâng cơ ngực bé để bộc lộ chặng 2 của hệ mạch nách. Việc vét bỏ chặng 2 hiếm khi phải cắt bỏ cơ ngực bé. Cố gắng bảo tồn các nhánh thần kinh liên sườn da, nếu cần bệnh phẩm phải được chia đôi nơi các sợi thần kinh da chui vào thành ngực.
- Bệnh phẩm được lấy khỏi thành ngực để lộ ra lá cân nguyên vẹ phủ lên cơ răng trước.

6.4 Bước 4: Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm máu kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.

6.5 Bước 5: Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3/0 hoặc 4/0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4/0 hoặc 5/0 ở lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuỳ theo lượng dịch chảy ra.

- Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.
- Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.
- Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú một thì, diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên thẩm mĩ có thể so sánh sự đối xứng giữa hai bên vú.
- Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt tuyến vú theo một số tác giả nước ngoài chiếm khoảng 15%
- Chảy máu: Do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.
- Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.

- Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.
- Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách: Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ. Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

trulv.kcb_LeVan Truc 05/10/2021 07:17:00

51. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BỎ TUYẾN VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cắt tuyến vú kèm nạo vét hạch nách là một phương pháp điều trị cho những người bệnh ung thư vú. Ngày nay, phẫu thuật cắt tuyến vú còn được thực hiện trên những bệnh nhân chuyển giới nam.
- Kỹ thuật phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách dưới đây thực chất là phẫu thuật cắt tuyến vú cải biên (modified radical mastectomy) có bảo tồn cơ ngực bé, thần kinh ngực giữa, thần kinh ngực lưng. Kỹ thuật được mô tả bởi Patey và Dyson năm 1948.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định của phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách được thay đổi rất nhiều. Dù sao phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách là một phương pháp khống chế khối u tại chỗ, kiểm soát hạch vùng với những ung thư vú ở giai đoạn 0, I, II.
- Phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách cũng quan trọng như điều trị tia xạ hay hoá chất bổ trợ cho những người bệnh ung thư vú giai đoạn III và IV do khả năng kiểm soát khối u tại chỗ nhưng không nên coi việc đó là phương pháp chủ yếu. Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp cụ thể sau:
- Ung thư vú giai đoạn 0, I với những người bệnh nhiều tuổi không có nhu cầu bảo tồn vú hoặc u ở vị trí trung tâm.
- Ung thư vú giai đoạn II, IIIA, IIIB.
- Ung thư vú giai đoạn IIIB, IV sau điều trị tân hỗ trợ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư vú giai đoạn IIIB, IV chưa điều trị tân hỗ trợ.
- Ung thư vú thể viêm.
- Người bệnh đang mắc các bệnh nội khoa như đái tháo đường, huyết áp cao, tim mạch…, có chống chỉ định với gây mê hồi sức.

4. THẬN TRỌNG

- Cẩn trọng với người sức khỏe suy kiệt, nhiều bệnh nền không đáp ứng đước phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml

- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa, cánh tay cùng bên dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.
- Một đệm nhỏ được đặt dọc dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

6.1 Bước 1: Chuẩn bị

Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú một thì, diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên thẩm mĩ có thể so sánh sự đối xứng giữa hai bên vú.

Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu.

6.2 Bước 2: Đường rạch

Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ.

Rạch da hình elip, đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú.

6.3 Bước 3: Cắt tuyến vú:

Hai vạt da được bóc tách bằng dao điện lên phía trên, phía dưới và xung quanh giới hạn. Mặc dù việc bóc tách vạt da càng mỏng càng tốt nhưng vấn đề bảo tồn các mạch máu nuôi dưỡng những vạt da là cực kỳ cần thiết. Mặt phẳng phẫu tích khoảng 5mm dưới vạt da là hợp lý.

Bóc tách thận trọng không đi vào vùng nhu mô đã lấy đi khi làm sinh thiết.

Tuyến vú sau đó được bóc tách tới tận cân cơ ngực lớn. Nếu khối u ở sâu dính, có thể lấy bỏ một phần cơ ngực lớn cùng với khối u và tuyến vú thành một khối. Nếu khối u không dính vào cơ ngực, việc để lại cân cơ ngực lớn giúp cho việc tạo hình vú sau này được thuận lợi hơn.

Bóc tách, lật bỏ tuyến vú ra khỏi cơ ngực được đi từ phía trong ra ngoài sau khi phẫu tích vạt da phía trên, dưới, trong và ngoài. Khi tuyến vú được phẫu tích đến bờ ngoài cơ ngực lớn phần đuôi nách, bước vào thì thứ 2 vét hạch nách.

6.4 Bước 4: Vét hạch nách:

Bộc lộ bờ ngoài cơ lưng to, phẫu tích sát bờ ngoài cơ lưng to vào hố nách, phía ngoài phẫu tích dọc theo dải gân cơ lưng to đến khi nhìn thấy rõ tĩnh mạch nách. Mở cân của nách nằm ngay giữa bờ trước của cơ lưng to để bộc lộ bó mạch ngực lưng. Cắt bỏ lá cân ở mặt bên thân ngực lưng để cho mạch và thần kinh ngực lưng lộ ra ngoài khi kéo bệnh phẩm vào trong. Một nhánh vuông góc xuất phát từ bờ trong của các mạch ngực lưng thường chỉ vào vị trí của thần kinh ngực dài. Rạch cân ở phía trước thần kinh ngực dài cho phép kéo thêm bệnh phẩm vào phía trong.

Nhận biết thân ngực lưng và thần kinh ngực dài để nếu xảy ra biến chứng chảy máu thì có thể lấy bỏ bệnh phẩm mà không làm tổn hại đến các thành phần quan trọng này.

Sau khi bệnh phẩm được lấy bỏ khỏi mặt bên của cơ ngực lớn, bộc lộ cơ ngực bé nằm ở dưới. Rạch bao cân cơ ngực lớn, thận trọng để tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh cơ ngực bé. Bảo tồn nhánh thần kinh đi qua bó này để đến cơ ngực lớn có thể chống được sự teo nhỏ của 1/3 bên cơ ngực lớn.

Tổ chức bệnh phẩm hạch được lấy ra khỏi tĩnh mạch nách theo đừng từ ngoài vào trong. Phẫu tích bệnh phẩm hạch khỏi tĩnh mạch nách, từ bờ dưới của tĩnh mạch nách xuống, hạn chế mở rộng lên phía trên tránh làm tổn thương động mạch nách và đám rối thần kinh cánh tay, giảm tỉ lệ phù tay sau phẫu thuật.

Cặp và buộc các nhánh lớn từ tĩnh mạch nách đi vào bệnh phẩm, tại mặt trong của trường phẫu thuật, dung một dụng cụ để nâng cơ ngực bé để bộc lộ chặng 2 của hệ mạch nách. Việc vét bỏ chặng 2 hiếm khi phải cắt bỏ cơ ngực bé. Cố gắng bảo tồn các nhánh thần kinh liên sườn da, nếu cần bệnh phẩm phải được chia đôi nơi các sợi thần kinh da chui vào thành ngực.

Bệnh phẩm được lấy khỏi thành ngực để lộ ra lá cân nguyên vẹ phủ lên cơ răng trước.

6.5 Bước 5: Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm máu kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.

6.6 Bước 6: Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3/0 hoặc 4/0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4/0 hoặc 5/0 ở lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuỳ theo lượng dịch chảy ra.

Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.

Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.

Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú một thì, diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên thẩm mĩ có thể so sánh sự đối xứng giữa hai bên vú.

Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt tuyến vú theo một số tác giả nước ngoài chiếm khoảng 15%
- Chảy máu: Do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.
- Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.
- Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.

- Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách: Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ. Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2018 08:17:00

52. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DỊ TẬT BẨM SINH VÚ THÀNH NGỰC (HỘI CHỨNG POLAND)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng Poland là một tình trạng bẩm sinh được đặt tên theo Sir Alfred Poland, bác sĩ phẫu thuật đầu tiên mô tả tình trạng này vào năm 1841. Tỷ lệ mắc hội chứng Poland là từ 1/10.000 đến 1/100.000 trẻ mới sinh. Nghiên cứu cho thấy hội chứng Poland phổ biến gấp 3 lần ở nam so với nữ. Trong số những người mắc hội chứng Poland, 75% số trường hợp có triệu chứng xuất hiện ở bên phải cơ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp được chẩn đoán xác định là hội chứng Poland qua triệu chứng lâm sàng, phim chụp CLVT.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang mắc các bệnh nội khoa như đái tháo đường, huyết áp cao, tim mạch…, có chống chỉ định với gây mê hồi sức.

4. THẬN TRỌNG

Người bệnh nhỏ tuổi chưa phát triển hoàn toàn về mặt thể chất, không phù hợp với phẫu thuật đặt implant nhân tạo

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa, cánh tay cùng bên dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.
- Một đệm nhỏ được đặt dọc dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: *Chuẩn bị*

Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú một thì, diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên thẩm mĩ có thể so sánh sự đối xứng giữa hai bên vú.

Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu.

6.1. Bước 1: Đường rạch

Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ.
Rạch da hình elip.
6.2. Bước 2: Tạo hình bằng các vạt cơ lân cận:
Hai vạt da được bóc tách bằng dao điện lên phía trên, phía dưới và xung quanh giới hạn. Mặc dù việc bóc tách vạt da càng mỏng càng tốt nhưng vấn đề bảo tồn các mạch máu nuôi dưỡng những vạt da là cực kỳ cần thiết. Mặt phẳng phẫu tích khoảng 5mm dưới vạt da là hợp lý.
6.3. Bước 3: Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm máu kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực u tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.
6.4 Bước 4: Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3/0 hoặc 4/0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4/0 hoặc 5/0 ở lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuỳ theo lượng dịch chảy ra.
Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.
Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.
6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra
- Biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt vú thừa theo một số tác giả nước ngoài chiếm khoảng 15%
- Chảy máu: Do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.
- Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.
- Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.
- Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách: Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng

nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ. Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:31:00

53. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẨM MỸ VÚ BẰNG TÚI ĐỘN NGỰC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sử dụng kỹ thuật nội soi (dụng cụ nội soi và dàn máy nội soi) hỗ trợ để đặt các chất liệu nhân tạo nhằm làm tăng thể tích vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp phụ nữ có thể tích vú nhỏ hoặc vú không cân đối (bao gồm cả trường hợp dị tật bẩm sinh, các trường hợp lệch lạc giới tính có chỉ định phẫu thuật tạo hình thành nữ, các trường hợp mất cân đối sau cắt khối u).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân, căn cứ vào**:**

- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh nhỏ tuổi chưa phát triển hoàn toàn về mặt thể chất, không phù hợp với phẫu thuật đặt implant nhân tạo
- Bệnh lý u, ung thư vú

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa (tay dạng nếu nội soi qua đường nách).

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân có phối hợp tê tại chỗ vùng mổ.

6.1. Bước 1: Vệ sinh và sát trùng vùng mổ

Phía trên từ vùng hõm ức và vùng thượng đòn hai bên, phía dưới đến dưới rốn, hai bên đến đường nách sau. Nếu nội soi qua đường nách cần cạo lông nách và sát trùng hai cánh tay đến khuỷu tay.

6.2. Bước 2: Gây tê vị trí rạch da

Các đường rạch da bao gồm đường nách, đường rốn, đường quầng vú, đường nếp lằn vú, đường tạo hình thành bụng.

6.3. Bước 3: Tạo khoang đặt chất liệu

Đường nách: phẫu tích tìm bờ cơ ngực lớn, tạo khoang đặt chất liệu trước hoặc sau cơ này tùy theo chỉ định dưới hỗ trợ của nội soi.
Đường quầng: phẫu tích tới tuyến vú tạo khoang đặt chất liệu sau tuyến hoặc sau cơ ngực tùy theo chỉ định dưới hỗ trợ của nội soi.
Đường rốn: phẫu tích tìm cân cơ thẳng bụng, tạo đường hầm lên vùng ngực và phẫu tích khoang đặt chất liệu dưới hỗ trợ của nội soi.
Đường tạo hình thành bụng: qua đường cắt da thừa mỡ bụng, kỹ thuật tương tự như với tiếp cận qua đường rốn.
6.4. Bước 4: Lấy chất liệu độn
Chất liệu nhân tạo: có sẵn trên thị trường bởi các công ty y tế.
6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu
Qua đường rạch da hoặc qua thành ngực đường nách giữa cùng bên.
6.6. Bước 6: Đặt chất liệu độn vào khoang đã tạo.
6.7. Bước 7: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
Băng tùy theo kỹ thuật mổ.
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn theo quy trình theo dõi sau phẫu thuật nói chung.
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng ngực căng đau bất thường, chảy máu qua dẫn lưu mức độ nhiều, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra
- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip qua nội soi. Nếu thất bại chuyển mổ mở.
- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Thủng màng phổi trong mổ và sau mổ: mời chuyên khoa phẫu thuật tim mạch lồng ngực phối hợp.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

54. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khuyết da vùng lưng là tình trạng mất tổ chức da và mô dưới da do nhiều nguyên nhân như chấn thương, nhiễm trùng, sau phẫu thuật lấy bỏ u phần mềm hoặc loét tỳ đè lâu ngày. Khi diện khuyết lớn hoặc nằm tại vị trí khó khâu kín trực tiếp, việc tạo hình che phủ bằng vạt tại chỗ là phương pháp tối ưu nhằm phục hồi chức năng và đảm bảo thẩm mỹ.
- Nguyên lý: Sử dụng một phần mô tại vùng kế cận (da và mô dưới da) vẫn còn nuôi dưỡng tốt bằng cuống mạch nguyên vẹn, di chuyển đến vị trí khuyết để che phủ.
- Mục đích của kỹ thuật:

Che phủ tổn khuyết vùng lưng bằng mô tương đồng.

Phục hồi chức năng bảo vệ, chống nhiễm khuẩn.

Đảm bảo tính thẩm mỹ, ngăn ngừa sẹo co kéo và các biến chứng lâu dài.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương, vết loét hoặc khuyết tổ chức vùng lưng không khâu kín trực tiếp được.
- Sau phẫu thuật lấy bỏ khối u phần mềm, hoại tử tổ chức hoặc chấn thương làm mất da vùng lưng.
- Da vùng lân cận đủ điều kiện để thiết kế và tạo vạt tại chỗ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng vạt hoặc vùng khuyết.
- Vùng da kế cận có sẹo xơ cứng, đã từng phẫu thuật nhiều lần hoặc sau xạ trị gây suy giảm tưới máu.
- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng, bệnh nội khoa chưa được kiểm soát ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân như đái tháo đường, thiếu máu, suy dinh dưỡng, hút thuốc lá kéo dài.
- Tình trạng thiếu máu cục bộ vùng lưng do nguyên nhân mạch máu hoặc bệnh lý thần kinh.
- Cần đánh giá kỹ khả năng tưới máu vạt, thử nghiệm độ di động vùng da kế cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật: 01 chính, 02 phụ
- Điều dưỡng: 02 người

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc thuốc mê tùy theo phương pháp vô cảm
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc co mạch, thuốc cầm máu, thuốc giảm đau, dịch truyền

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình cơ bản
- Dụng cụ đốt điện đơn cực/lưỡng cực
- Dao mổ, kéo, kẹp phẫu tích, panh da, chỉ khâu các loại
- Bơm tiêm, kim tiêm, ống hút dịch, dẫn lưu Penrose hoặc Redon
- Găng tay vô khuẩn, gạc mổ, băng ép, máy hút chân không (nếu có)

5.4. Người bệnh
- Khám toàn thân: đo chiều cao, cân nặng, huyết áp, mạch, nhiệt độ, chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá diện khuyết, độ sạch tổn thương, tình trạng mô lân cận (độ đàn hồi, cấp máu, sẹo cũ...)
- Thực hiện các xét nghiệm thường quy: công thức máu, đông máu, sinh hóa máu, nước tiểu...
- Chụp X-quang, siêu âm nếu cần
- Giải thích quy trình phẫu thuật, tai biến, biến chứng, ký cam kết điều trị

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Cam kết mổ, phiếu đánh giá tiền mê, bảng kiểm an toàn

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ vô khuẩn

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên, đúng tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí phẫu thuật
- Thực hiện đầy đủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Đặt người bệnh tư thế nằm sấp hoặc nghiêng phù hợp vùng tổn thương.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: gây tê hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Vệ sinh sát khuẩn rộng vùng lưng, trải săng vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Đánh giá lại tổn khuyết, xác định hình dạng – kích thước vùng khuyết.

6.3. Bước 3: Thiết kế vạt tại chỗ: vạt trượt, vạt xoay, vạt chữ Z hoặc W. Đảm bảo bảo tồn cuống mạch nuôi vạt.

6.4. Bước 4: Cắt lọc bờ tổn thương nếu cần. Tạo vạt theo thiết kế, cầm máu tỉ mỉ trong quá trình phẫu tích.

6.5. Bước 5: Di chuyển vạt che phủ tổn khuyết, khâu phục hồi theo từng lớp. Đặt dẫn lưu nếu diện rộng.

6.6. Bước 6: Băng ép vùng mổ bằng gạc vô khuẩn, ghi nhận thời gian, tình trạng tuần hoàn vạt sau mổ.

6.7. Kết thúc quy trình:

Chuyển người bệnh về buồng hậu phẫu.

Hoàn thiện ghi chép bệnh án và bàn giao cho kíp chăm sóc.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, tình trạng toàn thân
- Quan sát màu sắc, nhiệt độ, mức độ sung huyết của vạt
- Lượng dịch dẫn lưu, độ căng phù mô lân cận

7.2. Tai biến trong khi thực hiện:
- Tổn thương cuống mạch nuôi vạt gây hoại tử sớm: xử trí bằng cầm máu, điều chỉnh hướng vạt, hoặc thay đổi phương pháp
- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu lại điểm rỉ, đốt điện

7.3. Tai biến sau phẫu thuật:

- Nhiễm trùng vết mổ: xử trí bằng kháng sinh, thay băng thường xuyên, mở vết mổ nếu cần
- Tụ máu dưới vạt: tháo chỉ sớm, chọc hút, phẫu thuật lại nếu hoại tử
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ: chăm sóc bảo tồn hoặc tạo hình lại

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, co kéo vùng lưng: xử trí bằng vật lý trị liệu hoặc chỉnh hình sẹo
- Vạt lồi/lõm, biến dạng: phẫu thuật chỉnh sửa về sau nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery, Volume 6: Trunk and Lower Extremity. 4th ed. Elsevier, 2018.
2. Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Churchill Livingstone, 1997.
3. Hallock GG. Local Flaps in Plastic and Reconstructive Surgery. Springer, 2017.
4. Blondeel PN et al. Perforator Flaps: Anatomy, Technique & Clinical Applications. Quality Medical Publishing, 2006.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về Hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.
6. McGregor IA, Morgan G. Axial and Random Pattern Flaps. Grune & Stratton, 1973.

55. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Khuyết phần mềm chi thể là tình trạng mất da và mô dưới da, có thể kèm theo tổn thương cơ, cân, mạch máu, do chấn thương, cắt bỏ u, loét tỳ đè hoặc nhiễm trùng lan rộng. Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tại chỗ là kỹ thuật hiệu quả để che phủ tổn khuyết, bảo vệ cấu trúc sâu và phục hồi chức năng chi thể.

Nguyên lý: Sử dụng mô phần mềm kế cận (da, mô dưới da ± cơ) có cuống mạch nguyên vẹn, chuyển đến vùng khuyết bằng phương pháp xoay, trượt hoặc xoắn vạt.

Mục đích của kỹ thuật:

- Che phủ vùng khuyết bằng mô có tưới máu tốt
- Phục hồi chức năng bảo vệ và vận động chi thể
- Hạn chế nhiễm khuẩn, bảo vệ gân – xương – khớp lộ
- Đảm bảo thẩm mỹ và phòng ngừa sẹo co kéo

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết phần mềm vùng chi thể mức độ trung bình đến lớn, không thể khâu kín hoặc ghép da đơn thuần.
- Tổn thương hở có lộ gân, xương, khớp hoặc vật liệu kết hợp mà không thể để hở.
- Da và mô mềm kế cận đủ điều kiện tạo vạt (chưa xơ hóa, có mạch nuôi tốt).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng cho vạt bị nhiễm trùng, xạ trị hoặc sẹo xơ cứng nặng.
- Người bệnh có rối loạn đông máu, bệnh toàn thân nặng chưa kiểm soát.
- Tổn thương không thể tiếp cận bằng vạt tại chỗ (yêu cầu vạt xa hoặc vạt vi phẫu).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý làm giảm liền sẹo (đái tháo đường, suy dinh dưỡng, hút thuốc lá kéo dài).
- Vị trí khuyết gần khớp vận động, dễ gây co kéo hoặc biến dạng.
- Phải đánh giá trước bằng siêu âm doppler hoặc lâm sàng về tuần hoàn vạt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 01 chính, 02 phụ
- Điều dưỡng: 02 người phụ mổ và dụng cụ

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc gây mê
- Kháng sinh, thuốc co mạch, thuốc giảm đau, dịch truyền

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình chi thể
- Dao mổ, kéo, kẹp, panh, đốt điện, chỉ khâu các loại
- Dẫn lưu Redon hoặc Penrose, băng ép, máy hút dịch

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và tại chỗ: diện khuyết, tình trạng tổ chức lộ (gân, xương, khớp), đánh giá mô lân cận
- Làm đầy đủ xét nghiệm máu, đông máu, sinh hóa, nước tiểu

- Chẩn đoán hình ảnh nếu cần (X-quang, Doppler mạch...)
- Giải thích quy trình phẫu thuật và ký cam kết

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Đúng người, đúng vị trí, đúng kỹ thuật;
- Thực hiện đầy đủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế người bệnh phù hợp,

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: gây tê hoặc mê toàn thân

6.1. Bước 1: Sát khuẩn rộng, trải săng vô khuẩn

6.2. Bước 2: Đánh giá lại khuyết phần mềm: kích thước, độ sâu, tổ chức lộ

6.3. Bước 3: Lựa chọn kỹ thuật vạt phù hợp (trượt, xoay, vạt chữ Z hoặc vạt cân cơ nếu cần)

6.4. Bước 4: Tạo vạt, bảo tồn cuống mạch, di chuyển đến vùng khuyết

6.5. Bước 5: Che phủ tổn khuyết, khâu phục hồi theo lớp, đặt dẫn lưu

6.6. Bước 6: Băng ép, cố định chi nếu cần. Ghi nhận tuần hoàn vạt sau mổ, bàn giao hồi sức

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Sinh hiệu, lượng dịch dẫn lưu, tình trạng vết mổ
- Quan sát màu sắc, nhiệt độ, độ nảy mao mạch của vạt

7.2. Tai biến trong mổ:

- Tổn thương cuống mạch vạt: cầm máu, sửa vạt, nếu cần chuyển sang ghép da tạm thời
- Chảy máu nhiều: xử lý theo quy trình cầm máu

7.3. Tai biến sau mổ:

- Nhiễm trùng, tụ dịch, hoại tử vạt
- Xử trí: tháo chỉ sớm, hút dịch, chăm sóc vết thương, mổ lại nếu cần

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo co kéo, biến dạng chức năng
- Lồi lõm, mất thẩm mỹ: có thể chỉnh sửa ở thì hai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery, Volume 4: Lower Extremity, Trunk and Burns. 4th ed. Elsevier, 2018.

2. Blondeel PN, Morris SF, Hallock GG, Neligan PC. Perforator Flaps: Anatomy, Technique and Clinical Applications. 2nd ed. QMP, 2013.

3. Hallock GG. Local Flaps in Plastic and Reconstructive Surgery. Springer, 2017.
4. Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Churchill Livingstone, 1997.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về Hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 09:17:00

56. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT CỔ BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Khuyết cổ bàn tay là tình trạng mất da và mô mềm vùng tiếp giáp giữa cổ tay và bàn tay, thường gặp sau chấn thương, nhiễm trùng, bỏng hoặc sau cắt bỏ khối u. Tổn thương có thể làm lộ gân, mạch máu, thần kinh và ảnh hưởng đến chức năng bàn tay. Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tại chỗ là kỹ thuật sử dụng mô lân cận để che phủ vùng khuyết với mục tiêu bảo vệ cấu trúc sâu, phục hồi chức năng và đảm bảo thẩm mỹ.

Nguyên lý: Sử dụng các loại vạt da – tổ chức dưới da vùng kế cận (cẳng tay, mu tay, gan tay), vẫn giữ được mạch nuôi, chuyển đến vùng tổn khuyết bằng kỹ thuật xoay, trượt, chuyển dịch.

Mục đích của kỹ thuật:

- Che phủ các cấu trúc sâu lộ như gân, mạch máu, xương cổ tay.
- Phục hồi chức năng gấp – duỗi, cầm nắm của bàn tay.
- Tái lập thẩm mỹ, bảo tồn tư thế và tầm vận động của bàn tay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết mô mềm vùng cổ tay – bàn tay, không khâu kín được.
- Tổn thương lộ gân, xương, mạch, thần kinh cần bảo vệ.
- Tình trạng tổ chức lân cận đủ điều kiện tạo vạt (tuần hoàn tốt, chưa xơ hóa).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tại vùng cổ tay – bàn tay.
- Da và mô dưới da vùng lân cận không đảm bảo (sẹo cũ, xạ trị, mất tưới máu).
- Bệnh toàn thân nặng chưa ổn định, rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân làm chậm lành vết thương.
- Vùng cổ tay có tổn thương phối hợp (gãy xương, đứt gân, mạch máu).
- Phải đánh giá trước khả năng sống của vạt bằng siêu âm doppler hoặc khám lâm sàng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 01 chính, 01 phụ
- Điều dưỡng: 02 người hỗ trợ

5.2. Thuốc

- Gây tê vùng (block thần kinh chi trên) hoặc gây mê
- Kháng sinh, giảm đau, thuốc co mạch, dịch truyền

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu hoặc phẫu thuật tạo hình bàn tay
- Dao mổ, kéo, kẹp, chỉ khâu các loại
- Dẫn lưu nhỏ (Penrose), băng vô khuẩn, gạc mỡ

5.4. Người bệnh

- Đánh giá toàn trạng, tổn thương cổ bàn tay và mô lân cận
- Xét nghiệm thường quy: máu, đông máu, sinh hóa
- Siêu âm doppler nếu nghi ngờ tổn thương mạch nuôi
- Giải thích kỹ phẫu thuật, tai biến, ký cam kết mổ

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Phiếu gây mê, bảng kiểm an toàn phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng mổ vô khuẩn chuyên khoa chi trên

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Đúng người – đúng bên tổn thương – đúng kỹ thuật – đầy đủ hồ sơ
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, tay dang ra bàn phụ phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê vùng hoặc mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn và trải săng vô khuẩn rộng.

6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương: kích thước, độ sâu, cấu trúc lộ ra (gân, xương...)

6.3. Bước 3: Lựa chọn loại vạt tại chỗ: vạt xoay mu tay, vạt trượt gan tay, vạt tam giác cẳng tay gần…

6.4. Bước 4: Tạo vạt, cầm máu cẩn thận, bảo tồn mạch nuôi vạt.

6.5. Bước 5: Di chuyển vạt đến vùng khuyết, khâu cố định từng lớp, đặt dẫn lưu nếu cần.

6.6. Bước 6: Băng vết mổ, cố định bàn tay ở tư thế chức năng. Ghi hồ sơ và chuyển hậu phẫu.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Sinh hiệu, cảm giác – vận động bàn tay
- Tuần hoàn vạt: màu sắc, nhiệt độ, mao mạch

7.2. Tai biến trong mổ:

- Tổn thương cuống mạch vạt: xử trí bằng điều chỉnh vạt, chuyển hướng khâu lại
- Chảy máu: cầm máu tỉ mỉ

7.3. Tai biến sau mổ:

- Hoại tử vạt do thiếu tưới máu
- Tụ máu dưới vạt, nhiễm trùng vết mổ
- Xử trí: tháo chỉ sớm, rạch dẫn lưu, kháng sinh phù hợp

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo co kéo làm hạn chế gấp duỗi bàn tay
- Biến dạng thẩm mỹ: điều trị bằng vật lý trị liệu hoặc mổ chỉnh sửa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elliot D. Surgical Reconstruction of the Hand and Upper Extremity. Springer, 2013.
2. Neligan PC. Plastic Surgery, Volume 7: Hand and Upper Limb. 4th ed. Elsevier, 2018.
3. Hallock GG. Local Flaps in Plastic and Reconstructive Surgery. Springer, 2017.
4. Chung KC et al. Operative Techniques in Hand Surgery. Wolters Kluwer, 2020.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

57.PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO BẰNG NIÊM MẠC MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Hẹp niệu đạo là tình trạng xơ hóa và thu hẹp lòng niệu đạo do chấn thương, viêm nhiễm hoặc bẩm sinh. Trong các trường hợp hẹp dài, hẹp tái phát hoặc đoạn hẹp không thể cắt nối đơn thuần, cần dùng mô ghép để tạo hình lại niệu đạo. Niêm mạc miệng (thường lấy ở má trong) là vật liệu ghép lý tưởng nhờ đặc tính bền, dễ sống, không tiết dịch, có khả năng chịu ẩm và không bị viêm mạn tính.

Nguyên lý: Lấy mảnh niêm mạc miệng (thường từ má, môi hoặc lưỡi), ghép vào đoạn hẹp đã mở dọc để mở rộng lòng niệu đạo hoặc thay thế đoạn bị xơ hóa.

Mục đích của kỹ thuật:

- Mở rộng hoặc tái tạo đoạn hẹp niệu đạo bằng mô tương thích.
- Khôi phục dòng tiểu bình thường.
- Ngăn ngừa tái hẹp, cải thiện chất lượng sống và tiểu tiện.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp niệu đạo dài > 2 cm, hẹp tái phát nhiều lần sau nong hoặc cắt nối.
- Hẹp niệu đạo do xơ hóa sau viêm, chấn thương, bẩm sinh hoặc sau can thiệp
- Tổ chức xơ không thể khâu nối trực tiếp, cần mở rộng hoặc thay thế bằng mô ghép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm niệu đạo, đường tiểu hoặc miệng cấp tính.
- Bệnh nhân có tổn thương vùng miệng, không thể lấy niêm mạc.
- Bệnh lý toàn thân nặng, rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý miệng (viêm lợi, viêm tuyến nước bọt, loét miệng...).
- Tiền sử phẫu thuật vùng niệu đạo nhiều lần, mô sẹo lan rộng.
- Phải đánh giá kỹ bằng chụp niệu đạo ngược dòng, nội soi trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ tiết niệu hoặc phẫu thuật tạo hình: 01 chính, 01 phụ
- Điều dưỡng: 02 người

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, thuốc co mạch, thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ phẫu thuật niệu đạo
- Dao lấy niêm mạc, chỉ khâu nhỏ, dụng cụ hút dịch miệng
- Sonde tiểu, băng ép niêm mạc, đốt điện

5.4. Người bệnh

- Khám đánh giá toàn trạng, đặc biệt vùng niệu đạo và vùng miệng
- Xét nghiệm máu, nước tiểu, đông máu, HIV, viêm gan
- Chụp niệu đạo ngược dòng nội soi chẩn đoán

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa, phiếu nội soi, phim chụp niệu đạo
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra trước mổ:
- Đúng bệnh nhân, đúng vị trí hẹp, đầy đủ phim và chỉ định ghép
- Đặt tư thế sản khoa hoặc nằm ngửa nâng chậu

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê nội khí quản
6.1. Bước 1: Mổ bộc lộ niệu đạo đoạn hẹp, mở dọc đoạn xơ, chuẩn bị nền ghép sạch.
6.2. Bước 2: Lấy niêm mạc miệng (má trong hoặc môi dưới), cắt theo kích thước cần thiết.
6.3. Bước 3: Khâu ghép niêm mạc vào niệu đạo mở dọc theo nguyên tắc lót lòng ống niệu đạo
6.4. Bước 4: Khâu phục hồi tổ chức quanh niệu đạo, đặt sonde tiểu lưu 10–14 ngày.
6.5. Bước 5: Băng ép vùng ghép miệng, theo dõi dịch tiết, ăn lỏng trong 24–48 giờ đầu.
6.6. Bước 6: Hoàn thiện khâu da, theo dõi vết mổ, đưa người bệnh về hậu phẫu.
6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Sinh hiệu, tình trạng tiểu tiện qua sonde, lượng nước tiểu.
- Tình trạng vết mổ tầng sinh môn hoặc dương vật.
- Tình trạng vùng lấy niêm mạc (sưng đau, chảy máu).

7.2. Tai biến trong mổ:
- Chảy máu vùng niệu đạo hoặc miệng, tụ dịch, rách niêm mạc
- Tổn thương thần kinh, mạch máu vùng đáy chậu

7.3. Tai biến sau mổ:
- Tụ dịch, rò niệu đạo, nhiễm trùng vết mổ: xử trí bằng dẫn lưu, kháng sinh, mở lại nếu cần
- Bong mảnh ghép, hẹp lại: nong niệu đạo hoặc phẫu thuật lại

7.4. Biến chứng muộn:
- Hẹp niệu đạo tái phát, sẹo co kéo
- Suy giảm chức năng tình dục, đau khi xuất tinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. Jordan GH, McCammon KA. Surgery of the Penis and Urethra. In: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier, 2016.
2. Barbagli G, et al. Surgical treatment of anterior urethral strictures using buccal mucosa grafts: A review. Eur Urol. 2008.
3. Kulkarni SB, et al. Management of panurethral stricture using buccal mucosa graft. Indian J Urol. 2011.
4. Elliott SP. Reconstruction of the urethra using grafts. In: Glenn's Urologic Surgery. Wolters Kluwer, 2020.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

58. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO BẰNG NIÊM MẠC MÔI BÉ

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Hẹp niệu đạo là tình trạng thu hẹp lòng ống niệu đạo gây cản trở dòng tiểu, có thể do viêm nhiễm, chấn thương, can thiệp y tế hoặc bẩm sinh. Trong các trường hợp đặc biệt, đặc biệt ở nữ giới hoặc trẻ em, niêm mạc môi bé là một lựa chọn ghép thay thế hiệu quả cho tạo hình niệu đạo do đặc tính mỏng, mềm, đàn hồi và có độ ẩm phù hợp.

Nguyên lý: Sử dụng một mảnh niêm mạc từ môi bé âm hộ (thường bên không ưu thế), ghép vào đoạn niệu đạo bị hẹp sau khi đã mở rộng hoặc cắt bỏ tổ chức xơ, nhằm tái tạo lòng niệu đạo và phục hồi chức năng tiểu tiện.

Mục đích của kỹ thuật:

- Tái tạo hoặc mở rộng lòng niệu đạo hẹp.
- Phục hồi chức năng đi tiểu bình thường, giảm nhiễm trùng tiểu tái phát.
- Tăng chất lượng sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp niệu đạo ở nữ giới hoặc trẻ em có chỉ định tạo hình mà không thể cắt nối đơn thuần.
- Đoạn hẹp < 2 cm nhưng mô xơ cứng, không thể nong hiệu quả.
- Người bệnh có điều kiện giải phẫu phù hợp, đủ niêm mạc môi bé để ghép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm cấp tính vùng âm hộ hoặc đường tiết niệu.
- Bất thường hoặc thiếu hụt mô vùng môi bé (sẹo cũ, rách, teo mô).
- Bệnh toàn thân nặng, rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Phải đảm bảo vệ sinh tuyệt đối vùng âm hộ trước – trong – sau mổ.
- Đánh giá kỹ hình thái môi bé, độ dài, độ dày mô.
- Giải thích rõ nguy cơ đau, thay đổi cảm giác vùng âm hộ sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật niệu – phụ khoa: 01 chính, 01 phụ
- Điều dưỡng: 02 người

5.2. Thuốc

- Gây mê hoặc gây tê tủy sống
- Kháng sinh phổ rộng, giảm đau, dịch truyền

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ phẫu thuật tiết niệu và phụ khoa cơ bản
- Dao điện, dao lạnh, chỉ khâu nhỏ (vicryl, prolene)
- Sonde tiểu, bơm tiêm, dụng cụ lấy và ghép mô

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và vùng sinh dục ngoài, xác định đoạn hẹp niệu đạo
- Nội soi niệu đạo nếu có thể
- Xét nghiệm máu, nước tiểu, đông máu, dịch âm đạo
- Tư vấn kỹ về chỉ định, cách lấy niêm mạc, nguy cơ và biến chứng. Ký cam kết.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoặc tiết niệu
- Phiếu gây mê, bảng kiểm an toàn

5.6. Thời gian thực hiện: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Đúng người, đúng vị trí, đúng kỹ thuật, vệ sinh kỹ vùng môi bé.
- Người bệnh nằm tư thế sản khoa

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm:gây mê hoặc gây tê tủy sống.

6.1 Bước 1: Sát khuẩn vùng tầng sinh môn.

6.2. Bước 2: Đặt sonde tiểu. Rạch niệu đạo đoạn hẹp theo chiều dọc. Loại bỏ mô xơ nếu cần.

6.3. Bước 3: Cắt một mảnh niêm mạc môi bé bên không ưu thế, kích thước đủ phủ lòng niệu đạo.

6.4. Bước 4: Khâu niêm mạc môi bé vào đoạn rạch niệu đạo theo nguyên tắc tạo lòng ống mở rộng.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi niêm mạc môi bé. Kiểm tra cầm máu.

6.6. Bước 6: Đặt sonde niệu đạo cố định 7–10 ngày. Băng ép nhẹ vùng tầng sinh môn.

6.7. Bước 7: Chuyển hậu phẫu, theo dõi nước tiểu và vùng lấy niêm mạc.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Lưu lượng nước tiểu qua sonde, màu sắc, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Tình trạng vết khâu tầng sinh môn và môi bé.

7.2. Tai biến trong mổ:

- Chảy máu, rách mô mỏng, nhiễm trùng sớm: xử trí tại chỗ bằng khâu lại, kháng sinh

7.3. Tai biến sau mổ:

- Viêm loét vùng âm hộ, đau dai dẳng, sẹo xấu môi bé
- Rò nước tiểu tại vết ghép, tiểu són: điều trị bảo tồn hoặc mổ lại nếu cần

7.4. Biến chứng muộn:

- Hẹp niệu đạo tái phát, viêm đường tiết niệu mạn tính
- Mất cảm giác môi bé, ảnh hưởng tâm lý – sinh lý (cần hỗ trợ tâm lý nếu cần)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Osman NI, Mangera A, Chapple CR. Evaluation and management of female urethral strictures. Indian J Urol. 2014.

2. Nayak P, Mandal S. Use of labia minora graft in urethral reconstruction: A novel approach. Urology Annals. 2018.

3. Hoag N, Gani J. Buccal mucosal grafts for urethral reconstruction in women. Transl Androl Urol. 2017.

4. Elliot SP. Female urethral reconstruction. In: Glenn's Urologic Surgery. Wolters Kluwer, 2020.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về Hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:1

59. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO BẰNG NIÊM MẠC ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc âm đạo là một kỹ thuật được áp dụng để điều trị hẹp niệu đạo nữ trong các trường hợp không đáp ứng với nong niệu đạo, hoặc khi cần tái tạo niệu đạo do dị tật bẩm sinh hay sau phẫu thuật. Niêm mạc âm đạo là vật liệu tự thân lý tưởng do đặc tính mềm, ẩm, giàu mạch máu và dễ lấy.

Nguyên lý: Niêm mạc âm đạo được lấy từ thành bên hoặc thành sau âm đạo, sau đó được tạo hình và ghép vào đoạn niệu đạo bị hẹp hoặc bị mất để tái tạo đường tiểu dưới.

Mục đích của kỹ thuật:

- Mở rộng hoặc tái tạo đoạn hẹp niệu đạo bằng mô có đặc tính tương đồng.
- Phục hồi dòng tiểu bình thường, giảm nhiễm trùng tiết niệu tái phát.
- Bảo tồn chức năng tiểu tiện và cải thiện chất lượng sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp niệu đạo ở nữ giới không đáp ứng với nong hoặc tái phát nhiều lần.
- Tổn thương niệu đạo do chấn thương, can thiệp ngoại khoa, xạ trị hoặc dị tật bẩm sinh.
- Trường hợp cần tái tạo niệu đạo dài hơn 1,5–2 cm hoặc niệu đạo bị mất đoạn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính đường tiết niệu hoặc âm đạo.
- Bệnh lý vùng âm đạo như viêm teo, hẹp bẩm sinh, viêm loét nặng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng chưa được kiểm soát hoặc rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Phải đánh giá kỹ giải phẫu vùng âm đạo, đặc biệt ở người từng sinh nở hoặc phẫu thuật phụ khoa.
- Cân nhắc chỉ định ở người lớn tuổi có teo niêm mạc âm đạo sau mãn kinh.
- Tư vấn người bệnh về nguy cơ chảy máu, đau khi giao hợp, sẹo trong âm đạo sau phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tiết niệu hoặc phụ khoa tạo hình: 01 chính, 01 phụ
- Điều dưỡng: 02 người

5.2. Thuốc

- Gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân
- Kháng sinh, thuốc giảm đau, thuốc cầm máu

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ phẫu thuật niệu đạo và lấy niêm mạc âm đạo
- Dao điện, dao lạnh, chỉ khâu nhỏ
- Sonde tiểu, banh mỏ vịt, dụng cụ hút dịch

5.4. Người bệnh

- Khám kỹ tầng sinh môn và âm đạo, đo chiều dài đoạn hẹp niệu đạo
- Nội soi niệu đạo và chụp niệu đạo ngược dòng nếu có thể
- Xét nghiệm máu, nước tiểu, đông máu, dịch âm đạo
- Giải thích đầy đủ quy trình, rủi ro, khả năng cần nong lại hoặc phẫu thuật lần hai.
- Ký cam kết.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Phiếu nội soi, bảng kiểm an toàn

5.6. Thời gian thực hiện: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Đúng người bệnh, đúng vị trí hẹp, đủ điều kiện lấy mô
- Tư thế sản khoa

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: gây mê hoặc gây tê tủy sống

6.1. Bước 1: Sát khuẩn tầng sinh môn và âm đạo.

6.2. Bước 2: Rạch niệu đạo đoạn hẹp, mở rộng hoặc cắt bỏ mô xơ.

6.3. Bước 3: Lấy niêm mạc âm đạo từ thành bên hoặc sau âm đạo, kích thước đủ phủ đoạn niệu đạo cần tạo hình.

6.4. Bước 4: Định hình mảnh ghép, khâu vào vùng niệu đạo mở dọc theo kiểu ghép lót trong lòng ống.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi mô xung quanh, đặt sonde niệu đạo lưu 10–14 ngày.

6.6. Bước 6: Kiểm tra cầm máu vùng âm đạo, khâu phục hồi vị trí lấy mô.

6.7. Bước 7: Hoàn tất khâu da tầng sinh môn nếu có, đưa người bệnh về hậu phẫu.

6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Sinh hiệu, nước tiểu, lưu lượng sonde, dấu hiệu viêm niệu đạo
- Vùng lấy niêm mạc âm đạo (chảy máu, phù nề, nhiễm trùng...)

7.2. Tai biến trong mổ:
- Tổn thương bàng quang, âm đạo, chảy máu vùng đáy chậu

7.3. Tai biến sau mổ:
- Rò niệu đạo, tụ máu, nhiễm trùng, tiểu không kiểm soát
- Sẹo co kéo vùng âm đạo, đau khi giao hợp

7.4. Biến chứng muộn:
- Hẹp tái phát, viêm đường tiết niệu, tiểu khó, tiểu són
- Cần nong niệu đạo định kỳ hoặc phẫu thuật lại nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Osman NI, Mangera A, Chapple CR. Management of female urethral stricture using vaginal graft. Nat Rev Urol. 2013.
2. Manasa T, et al. Use of vaginal mucosa graft in female urethroplasty: a systematic review. Int Urogynecol J. 2019.
3. Hoag N, Gani J. Female urethral stricture management. Transl Androl Urol. 2017.
4. Elliott SP. Female urethral reconstruction. In: Glenn's Urologic Surgery. Wolters Kluwer, 2020.

5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

60. PHẪU THUẬT GHÉP CÁNH TAY ĐỒNG LOẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật ghép cánh tay đồng loại là một dạng của ghép chi thể phức hợp (composite tissue allotransplantation - CTA), trong đó toàn bộ hoặc một phần cánh tay được ghép từ người hiến đã chết não vào người nhận nhằm phục hồi hình thể và chức năng.
- Nguyên lý: Kết hợp các kỹ thuật vi phẫu nối mạch máu, thần kinh, gân cơ, xương và da từ chi thể hiến tặng sang người nhận. Sau phẫu thuật, bệnh nhân cần điều trị ức chế miễn dịch suốt đời.
- Mục đích:
  + Phục hồi thẩm mỹ, chức năng vận động – cảm giác sau mất chi thể.
  + Cải thiện chất lượng sống, khả năng tự chăm sóc và hòa nhập xã hội.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất đoạn cánh tay hoặc cả chi trên do chấn thương, bỏng, u ác tính đã điều trị ổn định.
- Bệnh nhân trẻ, có nguyện vọng phục hồi hình thể và chức năng, hiểu rõ cam kết điều trị lâu dài.
- Không có bệnh lý nội khoa nặng, tâm thần hoặc chống chỉ định ghép tạng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý miễn dịch, ung thư tiến triển, nhiễm trùng mạn tính.
- Không tuân thủ điều trị, rối loạn tâm thần, lạm dụng chất kích thích.
- Cơ địa thải ghép nhiều lần (qua thử nghiệm phản ứng phù hợp mô).

4. THẬN TRỌNG

- Ghép ở người lớn có thể hợp tác, theo dõi lâu dài.
- Chỉ tiến hành tại cơ sở có năng lực vi phẫu – gây mê hồi sức – miễn dịch.
- Đảm bảo tâm lý, xã hội, hỗ trợ phục hồi chức năng toàn diện sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Phẫu thuật viên chính vi phẫu, chỉnh hình, thần kinh, mạch máu.
- Kíp gây mê hồi sức, miễn dịch học, vật lý trị liệu, tâm lý – xã hội học.

5.2. Thiết bị:

- Kính vi phẫu, bộ nối vi mạch – vi thần kinh.
- Bộ cố định xương, vít nẹp.
- Dao điện, máy cắt xương, bộ sấy khô ghép.

5.3. Người bệnh:

- Đánh giá miễn dịch (HLA, PRA), tâm lý – xã hội học.
- Khám toàn diện, không bệnh lý nội khoa nặng.
- Ký cam kết đồng thuận điều trị ức chế miễn dịch trọn đời.

5.4. Người hiến:

- Chết não, đồng thuận ghép chi thể (gia đình).
- Không bệnh lý truyền nhiễm, phù hợp nhóm máu và HLA tương đối.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ ghép tạng, hội chẩn đa chuyên khoa.
- Cam kết điều trị, theo dõi hậu ghép lâu dài.

5.6. Thời gian thực hiện: 10 giờ.

5.7. Địa điểm: Phòng mổ vi phẫu,ghép tạng.
5.8. Kiểm tra trước mổ: Xác nhận đồng thuận, nhóm máu, kháng thể lưu hành, hình ảnh đánh giá phù hợp mô.
6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT
6.1. Bước 1: Chuẩn bị hai kíp song song: xử lý cánh tay người hiến và chuẩn bị nền nhận.
6.2. Bước 2: Cắt chi thể hiến đúng tầng giải phẫu – đánh dấu các cấu trúc.
6.3. Bước 3: Ở người nhận: chuẩn bị đầu cắt xương, thần kinh, mạch máu, gân cơ.
6.4. Bước 4: Cố định xương cẳng tay – cánh tay bằng nẹp vít.
6.5. Bước 5: Nối vi mạch (động mạch, tĩnh mạch), nối thần kinh giữa, trụ, quay.
6.6. Bước 6: Khâu nối các gân, cơ và da.
6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu, băng ép, cố định tay ở tư thế chức năng.
6.8. Bước 8: Chuyển người bệnh về hồi sức tích cực theo dõi sát.
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Tình trạng tưới máu chi ghép (màu da, nhiệt độ, Doppler).
- Dấu hiệu thải ghép cấp: sưng, đỏ, đau, loét da
- Nồng độ thuốc ức chế miễn dịch, chức năng gan thận.

7.2. Tai biến:
- Tắc mạch vi phẫu: cần phẫu thuật lại khẩn cấp.
- Thải ghép cấp/mạn: điều chỉnh thuốc ức chế miễn dịch.
- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng cơ hội (do suy giảm miễn dịch).
- Phản ứng tâm lý, trầm cảm sau mổ.

7.3. Biến chứng muộn:
- Loạn cảm, xơ hóa mô ghép, cứng khớp.
- Gãy dụng cụ, lệch xương nếu không phục hồi tốt.

7.4. Theo dõi lâu dài:
- Định kỳ xét nghiệm miễn dịch, vật lý trị liệu – phục hồi chức năng kéo dài ≥ 1 năm.
- Tư vấn hỗ trợ tâm lý – xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. Petruzzo P, et al. Outcomes after hand and forearm transplantation: A review. Lancet. 2012.
2. Shores JT, Brandacher G, Lee WP. Hand and upper extremity transplantation: An update of outcomes in the worldwide experience. Plast Reconstr Surg. 2015.
3. Azari KK, et al. Technical aspects of upper extremity transplantation. J Reconstr Microsurg. 2013.
4. Schuind F, Abramowicz D. Immunosuppression in upper limb transplantation. J Hand Surg Eur Vol. 2010.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ghép mô tạng (2021).

61. PHẪU THUẬT GHÉP BÀN TAY ĐỒNG LOẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Ghép bàn tay đồng loại là hình thức ghép mô phức hợp đồng loại phổ biến nhất trong y học hiện đại, trong đó bàn tay bị mất do chấn thương cắt cụt được thay thế bằng bàn tay hiến tặng từ người cho chết não.
- Nguyên lý phẫu thuật: Tái tạo cấu trúc giải phẫu bàn tay bằng kỹ thuật kết hợp xương, nối gân và vi phẫu nối mạch, thần kinh. Nguyên lý ghép mô đồng loại: sử dụng thuốc ức chế miễn dịch suốt đời để ngăn thải ghép.
- Mục đích: Phục hồi chức năng và cảm giác bàn tay. Cải thiện biến dạng về mặt thẩm mỹ và các vấn đề tâm lý. Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân bị cụt bàn tay sau chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh toàn thân không thích hợp cho phẫu thuật hoặc có nguy cơ khi gây mê kéo dài.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.3. Thiết bị y tế

Dụng cụ phẫu thuật tạo hình, dàn kính hiển vi phẫu thuật, dao điện, clip mạch máu, băng gạc.

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Làm rõ cho người bệnh và gia đình về yêu cầu cần sử dụng các loại thuốc chống thải ghép và ức chế miễn dịch suốt đời sau mổ và nguy cơ hoại tử bàn tay, hỏng kết quả phẫu thuật có thể xảy ra nếu dừng thuốc.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình hiểu về quá trình phục hồi thần kinh và chức năng bàn tay sau mổ cũng như các yêu cầu về quá trình tập phục hồi chức năng tích cực sau mổ.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

Người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ, ghi rõ đã được nghe giải thích rõ ràng, hiểu và chấp nhận các nguy cơ rủi ro có thể xảy ra.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật
Phòng phẫu thuật.
5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa (tay dạng đặt trên bàn mổ bàn tay).

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân có phối hợp tê tại chỗ vùng mổ.
Cần ít nhất 2 kíp phẫu thuật thực hiện song song trên cả người cho và người nhận tay ghép.
6.1 Bước 1: Vệ sinh và sát trùng vùng mổ
Sát trùng toàn bộ từ mỏm cụt của người nhận/đầu ngón tay người cho tới vai và hõm nách bên mổ lấy và nhận bàn tay tương ứng.
6.2 Bước 2: Gây tê vị trí rạch da
Các đường rạch da bao gồm vùng quanh chu vi cẳng, cổ tay và mặt gan bàn tay của người nhận và người cho.
6.3 Bước 3: Bộc lộ vùng nhận bàn tay
- Phẫu tích bộc lộ xương vị trí kết hợp xương, cắt xương tại vị trí phù hợp đảm bảo tương quan kích thước hài hoà với tay bên lành của người nhận.
- Phẫu tích tìm các đầu cơ, gân còn lại ở mỏm cụt và các gân cơ tương ứng trên tay người hiến, đánh dấu phân biệt rõ các gân cơ riêng biệt cũng như các vị trí cắt tương ứng để phục hồi tối đa cấu trúc sinh lý của gân cơ.
- Làm tương tự với các cấu trúc động mạch, tĩnh mạch và thần kinh.

6.4 Bước 4: Cắt bàn tay ghép và ghép vào vùng nhận
- Sử dụng heparin toàn thân trước khi cắt mạch.
- Cắt bàn tay ghép theo các vị trí đã đánh dấu của xương, gân cơ và hệ mạch – thần kinh.
- Ghép tay vào vùng nhận theo thứ tự: Cố định xương nẹp vis Khâu nối gân, cơ Khâu nối động – tĩnh mạch vi phẫu, kiểm tra cấp máu cho bàn tay ghép Khâu nối hệ thần kinh vi phẫu.

6.5 Bước 5: Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu, đóng vết mổ và băng bó
- Sử dụng clip mạch và cầm máu kỹ trong mổ hạn chế tối đa mất máu.
- Truyền máu ngay trong mổ nếu cần.
- Đặt lam dẫn lưu vùng nối mạch.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu, khâu thưa để giúp thoát dịch dễ dàng.
- Băng nhẹ vùng mổ, lót gạc để thấm dịch, đảm bảo lộ toàn bộ bàn tay ghép để dễ theo dõi.
- Bột loa cẳng bàn tay cố định

6.6 Bước 6: Sử dụng liệu trình thuốc chống thải ghép và ức chế miễn dịch phù hợp
6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn theo quy trình theo dõi sau phẫu thuật nói chung.
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: chảy máu qua dẫn lưu mức độ nhiều, xét nghiệm công thức máu.
- Theo dõi sức sống bàn tay ghép: Theo dõi mỗi 60 phút/lần trong 48h đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 2 lần/ngày từ ngày thứ 7 sau mổ đến khi ra viện các yếu tố màu sắc da, hồi lưu mao mạch, nhiệt độ da và Doppler mạch ngoại vi nếu có.
- Theo dõi vận động, cảm giác bàn tay, tiến hành tập phục hồi chức năng sớm

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip.
- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.

trulvcb_LeVan_TH_06/10/2025 08:17:00

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. MacKay BJ, Nacke E, Posner M. Hand transplantation--a review. Bull Hosp Jt Dis (2013). 2014;72(1):76-88. PMID: 25150330.
7. Brandacher G, Gorantla VS, Lee WP. Hand allotransplantation. Semin Plast Surg. 2010 Feb;24(1):11-7. doi: 10.1055/s-0030-1253243. PMID: 21286301; PMCID: PMC2886996.
8. Lúcio MJ, Horta R. Hand Transplantation-Risks and Benefits. J Hand Microsurg. 2020 Nov 19;13(4):207-215. doi: 10.1055/s-0040-1715427. PMID: 34776710; PMCID: PMC8580736.

62. PHẪU THUẬT NỐI CÁNH TAY ĐỨT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật nối cánh tay đứt rời là sử dụng vi phẫu thuật để khôi phục lại sự liên tục của chi thể sau chấn thương đứt rời ở mức cánh tay, bằng cách nối lại xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh và da.
- Nguyên lý: Bảo quản phần chi thể đứt rời đúng cách, hạn chế nguy cơ hoại tử hoặc bỏng lạnh trước mổ. Khôi phục tuần hoàn bằng nối mạch máu dưới kính hiển vi để tái cấp máu cho phần chi thể đứt rời. Phẫu thuật tiến hành theo đúng trình tự: cắt lọc, xử lý tổ chức dập nát → kết hợp xương → nối gân, cơ → nối động mạch, tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn → nối thần kinh → khâu đóng da. Sau phẫu thuật cần kết hợp tập phục hồi chức năng tích cực.
- Mục đích: Giữ được phần chi thể đứt rời, phục hồi chức năng vận động và cảm giác của chi thể, cải thiện thẩm mỹ, bảo tồn tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương đứt rời cánh tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh, căn cứ vào:

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Tiền sử hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.3. Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: tim mạch, tiểu đường đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

- Bảo quản phần cánh tay đứt rời trong nước đá đúng quy cách:
Đối với phần chi bị đứt lìa hoàn toàn:
Cầm nắm nhẹ nhàng và rửa sạch phần chi bị đứt lìa bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc nước sạch. Tuyệt đối không được dùng xà phòng hoặc hóa chất để rửa.
Làm ẩm gạc vô khuẩn nước muối sinh lý vô khuẩn rồi bọc kín phần chị bị đứt. Chú ý không được bọc quá dày. Mục đích của việc quấn gạc quanh phần chi bị đứt nhằm tránh để chi tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.
Đặt phần chi bị đứt đã được quấn gạc ẩm vô khuẩn vào một túi nilon sạch, cột kín lại để nước không thấm vào.
Đặt túi nilon vào một thùng đá lạnh, chậu nước đá hay đơn giản nhất là một túi có chứa đá lạnh. Mục đích của việc bảo quản chị bị đứt lìa trong môi trường lạnh là để làm giảm quá trình chuyển hóa của mô cũng như làm chậm quá trình hoại tử. Tuy nhiên, nếu bảo quản ở nhiệt độ quá lạnh sẽ khiến cho mô chết đi, không thể phục hồi sự sống cho chi bị đứt. Vì vậy tuyệt đối không để phần chi bị đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh và cần vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.
Đối với phần chi bị đứt lìa không hoàn toàn:
Nếu phần chi chưa hoàn toàn đứt lìa mà vẫn còn dính lại một phần trên da, kể cả chi gần như đứt hoàn toàn thì người sơ cứu cũng không nên cắt rời.
Nhẹ nhàng rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, đặt chi ở tư thế sinh lý.
Dùng băng ép hoặc gạc vô khuẩn băng kín vết thương lại rồi đặt túi đá ở bên cạnh để giữ nhiệt nhưng tránh đặt trực tiếp đá lạnh lên vết thương.
Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đủ khả năng thực hiện phẫu thuật vi phẫu ghép chi thể bị đứt lìa.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa - Theo quy định của Bộ Y tế

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 10 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

Nhiều kíp phẫu thuật.

6.1 Bước 1: Kíp 1:

- Làm sạch phần cánh tay đứt rời
- Tìm các mạch máu và thần kinh.

6.2 Bước 2: Kíp 2:

- Làm sạch phần mỏm cụt
- Phẫu tích tìm gân gấp - duỗi, mạch máu - thần kinh

6.3 Bước 3: Nối cánh tay:

- Kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương
- Nối gân
- Nối mạch máu và thần kinh vi phẫu
- Khâu da

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi cánh tay sau nối: Theo dõi 60 phút/lần trong 48 giờ đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ.
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.
- Theo dõi vận động, cảm giác cánh tay.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tắc mạch cánh tay: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra.
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP. Digit and hand replantation. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7. doi: 10.1007/s00402-009-1021-7. Epub 2009 Dec 9. PMID: 20012069.
7. Ono S, Chung KC. Efficiency in Digital and Hand Replantation. Clin Plast Surg. 2019 Jul;46(3):359-370. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.002. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31103081; PMCID: PMC6527348.
8. Bumbasirević MZ, Vucković CD, Vucetić C, Manojlović R, Andjelkovic SZ, Palibrk TD, Milutinović SM, Raspopović ED. Replantation of upper extremity, hand and digits. Acta Chir Iugosl. 2013;60(2):23-7. doi: 10.2298/aci1302023b. PMID: 24298734.

63. PHẪU THUẬT NỐI CẲNG TAY ĐỨT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật nối cẳng tay đứt rời là sử dụng vi phẫu thuật để khôi phục lại sự liên tục của chi thể sau chấn thương đứt rời ở mức cẳng tay, bằng cách nối lại xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh và da.
- Nguyên lý: Bảo quản phần chi thể đứt rời đúng cách, hạn chế nguy cơ hoại tử hoặc bỏng lạnh trước mổ. Khôi phục tuần hoàn bằng nối mạch máu dưới kính hiển vi để tái cấp máu cho phần chi thể đứt rời. Phẫu thuật tiến hành theo đúng trình tự: cắt lọc, xử lý tổ chức dập nát → kết hợp xương → nối gân, cơ → nối động mạch, tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn → nối thần kinh → khâu đóng da. Sau phẫu thuật cần kết hợp tập phục hồi chức năng tích cực.
- Mục đích: Giữ được phần chi thể đứt rời, phục hồi chức năng vận động và cảm giác của chi thể, cải thiện thẩm mỹ, bảo tồn tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương đứt rời cẳng tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh, căn cứ vào:

4. THẬN TRỌNG

- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.3. Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: tim mạch, tiểu đường đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Bảo quản phần cẳng tay đứt rời trong nước đá đúng quy cách:

+ Đối với phần chi bị đứt lìa hoàn toàn:
+ Cầm nắm nhẹ nhàng và rửa sạch phần chi bị đứt lìa bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc nước sạch. Tuyệt đối không được dùng xà phòng hoặc hóa chất để rửa.
+ Làm ẩm gạc vô khuẩn nước muối sinh lý vô khuẩn rồi bọc kín phần chị bị đứt. Chú ý không được bọc quá dày. Mục đích của việc quấn gạc quanh phần chi bị đứt nhằm tránh để chi tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.
+ Đặt phần chi bị đứt đã được quấn gạc ẩm vô khuẩn vào một túi nilon sạch, cột kín lại để nước không thấm vào.
+ Đặt túi nilon vào một thùng đá lạnh, chậu nước đá hay đơn giản nhất là một túi có chứa đá lạnh. Mục đích của việc bảo quản chị bị đứt lìa trong môi trường lạnh là để làm giảm quá trình chuyển hóa của mô cũng như làm chậm quá trình hoại tử. Tuy nhiên, nếu bảo quản ở nhiệt độ quá lạnh sẽ khiến cho mô chết đi, không thể phục hồi sự sống cho chi bị đứt. Vì vậy tuyệt đối không để phần chi bị đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh và cần vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.
+ Đối với phần chi bị đứt lìa không hoàn toàn:
+ Nếu phần chi chưa hoàn toàn đứt lìa mà vẫn còn dính lại một phần trên da, kể cả chi gần như đứt hoàn toàn thì người sơ cứu cũng không nên cắt rời.
+ Nhẹ nhàng rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, đặt chi ở tư thế sinh lý.
+ Dùng băng ép hoặc gạc vô khuẩn băng kín vết thương lại rồi đặt túi đá ở bên cạnh để giữ nhiệt nhưng tránh đặt trực tiếp đá lạnh lên vết thương.
+ Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đủ khả năng thực hiện phẫu thuật vi phẫu ghép chi thể bị đứt lìa.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định của Bộ Y tế

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 10 giờ

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

Nhiều kíp phẫu thuật.

6.1 Bước 1: Kíp 1:

- Làm sạch phần cẳng tay đứt rời
- Tìm các mạch máu và thần kinh.

6.2 Bước 2: Kíp 2:

- Làm sạch phần mỏm cụt
- Phẫu tích tìm gân gấp - duỗi, mạch máu - thần kinh

6.3 Bước 3: Nối cẳng tay:

- Kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương
- Nối gân
- Nối mạch máu và thần kinh vi phẫu
- Khâu da

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi cẳng tay sau nối: Theo dõi 60 phút/lần trong 48 giờ đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ.
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.
- Theo dõi vận động, cảm giác cẳng tay.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tắc mạch cẳng tay: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra.
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP. Digit and hand replantation. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7. doi: 10.1007/s00402-009-1021-7. Epub 2009 Dec 9. PMID: 20012069.
7. Ono S, Chung KC. Efficiency in Digital and Hand Replantation. Clin Plast Surg. 2019 Jul;46(3):359-370. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.002. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31103081; PMCID: PMC6527348.
8. Bumbasirević MZ, Vucković CD, Vucetić C, Manojlović R, Andjelkovic SZ, Palibrk TD, Milutinović SM, Raspopović ED. Replantation of upper extremity, hand and digits. Acta Chir Iugosl. 2013;60(2):23-7. doi: 10.2298/aci1302023b. PMID: 24298734.

truly.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

64. PHẪU THUẬT NỐI ĐỐT 3 NGÓN TAY BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật nối đốt 3 ngón tay là sử dụng vi phẫu thuật để khôi phục lại sự liên tục của chi thể sau chấn thương đứt rời ở mức đốt 3 của ngón tay dài, bằng cách nối lại xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh và da.
- Nguyên lý: Bảo quản phần chi thể đứt rời đúng cách, hạn chế nguy cơ hoại tử hoặc bỏng lạnh trước mổ. Khôi phục tuần hoàn bằng nối mạch máu dưới kính hiển vi để tái cấp máu cho phần chi thể đứt rời. Phẫu thuật tiến hành theo đúng trình tự: cắt lọc, xử lý tổ chức dập nát → kết hợp xương → nối gân, cơ → nối động mạch, tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn → nối thần kinh → khâu đóng da. Sau phẫu thuật cần kết hợp tập phục hồi chức năng tích cực.
- Mục đích: Giữ được phần chi thể đứt rời, phục hồi chức năng vận động và cảm giác của chi thể, cải thiện thẩm mỹ, bảo tồn tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương đứt rời đốt 3 của ngón tay dài (một trong các ngón tay từ II đến V).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối,

4. THẬN TRỌNG

Phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh, căn cứ vào:
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.3. Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: tim mạch, tiểu đường đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Bảo quản phần ngón tay đứt rời trong nước đá đúng quy cách.

Đối với phần chi bị đứt lìa hoàn toàn:

+ Cầm nắm nhẹ nhàng và rửa sạch phần chi bị đứt lìa bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc nước sạch. Tuyệt đối không được dùng xà phòng hoặc hóa chất để rửa.
+ Làm ẩm gạc vô khuẩn nước muối sinh lý vô khuẩn rồi bọc kín phần chị bị đứt. Chú ý không được bọc quá dày. Mục đích của việc quấn gạc quanh phần chi bị đứt nhằm tránh để chi tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.
+ Đặt phần chi bị đứt đã được quấn gạc ẩm vô khuẩn vào một túi nilon sạch, cột kín lại để nước không thấm vào.
+ Đặt túi nilon vào một thùng đá lạnh, chậu nước đá hay đơn giản nhất là một túi có chứa đá lạnh. Mục đích của việc bảo quản chị bị đứt lìa trong môi trường lạnh là để làm giảm quá trình chuyển hóa của mô cũng như làm chậm quá trình hoại tử. Tuy nhiên, nếu bảo quản ở nhiệt độ quá lạnh sẽ khiến cho mô chết đi, không thể phục hồi sự sống cho chi bị đứt. Vì vậy tuyệt đối không để phần chi bị đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh và cần vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.

Đối với phần chi bị đứt lìa không hoàn toàn:

+ Nếu phần chi chưa hoàn toàn đứt lìa mà vẫn còn dính lại một phần trên da, kể cả chi gần như đứt hoàn toàn thì người sơ cứu cũng không nên cắt rời.
+ Nhẹ nhàng rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, đặt chi ở tư thế sinh lý.
+ Dùng băng ép hoặc gạc vô khuẩn băng kín vết thương lại rồi đặt túi đá ở bên cạnh để giữ nhiệt nhưng tránh đặt trực tiếp đá lạnh lên vết thương.
+ Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đủ khả năng thực hiện phẫu thuật vi phẫu ghép chi thể bị đứt lìa.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định của Bộ Y tế

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

Nhiều kíp phẫu thuật.

6.1 Bước 1: Kíp 1:

- Làm sạch phần đốt 3 ngón tay đứt rời
- Tìm các mạch máu và thần kinh.

6.2 Bước 2: Kíp 2:

- Làm sạch phần mỏm cụt
- Phẫu tích tìm gân gấp - duỗi, mạch máu - thần kinh

6.3 Bước 3: Nối đốt 3 ngón tay:

- Kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương
- Nối gân
- Nối mạch máu và thần kinh vi phẫu
- Khâu da

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi ngón tay sau nối: Theo dõi 60 phút/lần trong 48 giờ đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ.
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.
- Theo dõi vận động, cảm giác ngón tay.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tắc mạch ngón tay: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra.
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP. Digit and hand replantation. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7. doi: 10.1007/s00402-009-1021-7. Epub 2009 Dec 9. PMID: 20012069.
7. Ono S, Chung KC. Efficiency in Digital and Hand Replantation. Clin Plast Surg. 2019 Jul;46(3):359-370. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.002. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31103081; PMCID: PMC6527348.
8. Bumbasirević MZ, Vucković CD, Vucetić C, Manojlović R, Andjelkovic SZ, Palibrk TD, Milutinović SM, Raspopović ED. Replantation of upper extremity, hand and digits. Acta Chir Iugosl. 2013;60(2):23-7. doi: 10.2298/aci1302023b. PMID: 24298734.

65. PHẪU THUẬT NỐI ĐỐT 2, 3 NGÓN TAY BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐỊNH NGHĨA

- Định nghĩa: Phẫu thuật nối đốt 2, 3 ngón tay là sử dụng vi phẫu thuật để khôi phục lại sự liên tục của chi thể sau chấn thương đứt rời ở mức đốt 2 của ngón tay dài, bằng cách nối lại xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh và da.
- Nguyên lý: Bảo quản phần chi thể đứt rời đúng cách, hạn chế nguy cơ hoại tử hoặc bỏng lạnh trước mổ. Khôi phục tuần hoàn bằng nối mạch máu dưới kính hiển vi để tái cấp máu cho phần chi thể đứt rời. Phẫu thuật tiến hành theo đúng trình tự: cắt lọc, xử lý tổ chức dập nát → kết hợp xương → nối gân, cơ → nối động mạch, tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn → nối thần kinh → khâu đóng da. Sau phẫu thuật cần kết hợp tập phục hồi chức năng tích cực.
- Mục đích: Giữ được phần chi thể đứt rời, phục hồi chức năng vận động và cảm giác của chi thể, cải thiện thẩm mỹ, bảo tồn tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương đứt rời ở mức đốt 2 ngón tay dài (một trong các ngón tay từ II đến V).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối,

4. THẬN TRỌNG

Phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh:
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.3. Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán. chú ý các bệnh lý phối hợp: Tìm mạch, tiêu đường… Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Bảo quản phần ngón tay đứt rời:

Đối với phần chi bị đứt lìa hoàn toàn:

+ Cầm nắm nhẹ nhàng và rửa sạch phần chi bị đứt lìa bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc nước sạch. Tuyệt đối không được dùng xà phòng hoặc hóa chất để rửa.
+ Làm ẩm gạc vô khuẩn nước muối sinh lý vô khuẩn rồi bọc kín phần chị bị đứt. Chú ý không được bọc quá dày. Mục đích của việc quấn gạc quanh phần chi bị đứt nhằm tránh để chi tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.
+ Đặt phần chi bị đứt đã được quấn gạc ẩm vô khuẩn vào một túi nilon sạch, cột kín lại để nước không thấm vào.
+ Đặt túi nilon vào một thùng đá lạnh, chậu nước đá hay đơn giản nhất là một túi có chứa đá lạnh. Mục đích của việc bảo quản chị bị đứt lìa trong môi trường lạnh là để làm giảm quá trình chuyển hóa của mô cũng như làm chậm quá trình hoại tử. Tuy nhiên, nếu bảo quản ở nhiệt độ quá lạnh sẽ khiến cho mô chết đi, không thể phục hồi sự sống cho chi bị đứt. Vì vậy tuyệt đối không để phần chi bị đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh và cần vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.

Đối với phần chi bị đứt lìa không hoàn toàn:

+ Nếu phần chi chưa hoàn toàn đứt lìa mà vẫn còn dính lại một phần trên da, kể cả chi gần như đứt hoàn toàn thì người sơ cứu cũng không nên cắt rời.
+ Nhẹ nhàng rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, đặt chi ở tư thế sinh lý.
+ Dùng băng ép hoặc gạc vô khuẩn băng kín vết thương lại rồi đặt túi đá ở bên cạnh để giữ nhiệt nhưng tránh đặt trực tiếp đá lạnh lên vết thương.
+ Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đủ khả năng thực hiện phẫu thuật vi phẫu ghép chi thể bị đứt lìa.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

Nhiều kíp phẫu thuật.

6.1 Bước 1: Kíp 1:
- Làm sạch phần ngón đứt rời
- Tìm các mạch máu và thần kinh.

6.2 Bước 2: Kíp 2:
- Làm sạch phần mỏm cụt
- Phẫu tích tìm gân gấp - duỗi, mạch máu - thần kinh

6.3 Bước 3: Nối ngón:
- Kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương
- Nối gân
- Nối mạch máu và thần kinh vi phẫu
- Khâu da

6.4. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu
- Theo dõi ngón tay sau nối: Theo dõi 60 phút/lần trong 48 giờ đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ.
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.
- Theo dõi vận động, cảm giác ngón tay.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra
- Tắc mạch ngón tay: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra.
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP. Digit and hand replantation. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7. doi: 10.1007/s00402-009-1021-7. Epub 2009 Dec 9. PMID: 20012069.
7. Ono S, Chung KC. Efficiency in Digital and Hand Replantation. Clin Plast Surg. 2019 Jul;46(3):359-370. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.002. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31103081; PMCID: PMC6527348.

8. Bumbasirević MZ, Vucković CD, Vucetić C, Manojlović R, Andjelkovic SZ, Palibrk TD, Milutinović SM, Raspopović ED. Replantation of upper extremity, hand and digits. Acta Chir Iugosl. 2013;60(2):23-7. doi: 10.2298/aci1302023b. PMID: 24298734.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

66. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỘT DA NGÓN TAY BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình lột da ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp tái tạo che phủ và phục hồi chức năng ngón tay sau chấn thương kiểu lột găng.
- Nguyên lý: Bảo tồn tối đa tổ chức da và phần mềm có khả năng sống, sử dụng vi phẫu thuật để tái lập tuần hoàn cho phần da bị lột găng bằng việc nối động mạch, tĩnh mạch. Đảm bảo che phủ toàn bộ phần xương, gân bị hở hạn chế hoại tử xương, gân. Phục hồi tối đa thần kinh nếu có thể.
- Mục đích: Bảo tồn chiều dài và hình dạng ngón tay, tránh việc phải cắt cụt. Che phủ và bảo vệ các cấu trúc xương, gân, mạch máu, thần kinh. Phục hồi chức năng vận động và cảm giác của ngón tay. Đảm bảo thẩm mỹ, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương lột da ngón tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối,

4. THẬN TRỌNG

Phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh:
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:

Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán. chú ý các bệnh lý phối hợp: Tìm mạch, tiêu đường… Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Làm các xét nghiệm thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.3. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật.
- Bông băng, gạc và chỉ phẫu thuật.

- Kính hiển vi phẫu thuật, kính lúp phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 10 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay duỗi đặt trên bàn phẫu thuật bàn tay.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1 Bước 1 Sát khuẩn, trải toan.

6.2 Bước 2: Kíp 1: Chuẩn bị nền nhận

- Bộc lộ và chuẩn bị nền nhận nơi tổn khuyết
- Tìm và chuẩn bị mạch nhận: 01 Động mạch và 02 Tĩnh mạch hoặc thần kinh ở đầu gần ngón tay bị lột găng.

6.3 Bước 3: Kíp 2: Chuẩn bị phần da bị lột găng

- Làm sạch, cắt lọc mép da và mô mềm bị dập nát nặng không có chỉ định bảo tồn.
- Tìm 01 Động mạch và 02 Tĩnh mạch hoặc thần kinh (nếu có) để nối. Trong trường hợp tổn thương nặng không còn động mạch thì có thể lựa chọn tĩnh mạch phù hợp thay thế.
- Khâu nối mạch máu thần kinh dưới kính hiển vi phẫu thuật với chỉ vi phẫu 9.0, 10.0, 11.0.
- Kiểm tra tưới máu đến phần da bị lột găng sau khi nối mạch.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu
- Theo dõi phần da lột găng được nối lại: Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ,…
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tắc mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Wang X, Zhang P, Zhou Y. Replantation of a circumferentially degloved ring finger by venous arterializations. Indian J Orthop. 2013 Jul;47(4):422-4. doi: 10.4103/0019-5413.114939. PMID: 23960290; PMCID: PMC3745700.
7. Ju J, Li J, Hou R. Microsurgery in 46 cases with total hand degloving injury. Asian J Surg. 2015 Oct;38(4):205-9. doi: 10.1016/j.asjsur.2015.01.004. Epub 2015 Mar 14. PMID: 25779882.

67. PHẪU THUẬT GHÉP BÚP NGÓN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép búp ngón là kỹ thuật tái tạo phần đầu ngọn ngón tay bị mất hoặc tổn thương bằng mô ghép phức hợp chính là phần búp ngón bị đứt rời nhằm khôi phục hình dạng, chiều dài, chức năng cảm giác cho ngón tay
- Nguyên lý: Bảo tồn tối đa phần búp ngón bị đứt rời, cắt lọc những phần mô mềm dập nát nặng. Ghép trực tiếp phần búp ngón đứt rời, mảnh ghép sống nhờ thẩm thấu và hình thành tân mạch từ nền nhận.
- Mục đích: Bảo tồn chiều dài và hình dạng ngón tay, tránh cắt cụt. Che phủ xương, gân bị hở (nếu có). Đảm bảo thẩm mỹ cho bàn tay. Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Búp ngón bị đứt rời hoàn toàn, không thực hiện được phẫu thuật vi phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối,

4. THẬN TRỌNG

Phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh:
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Người bệnh:

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Đặt vein truyền.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,... trong phạm vi cho phép.
- Hồ sơ bệnh án: hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định. Người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ, ghi rõ đã được nghe giải thích rõ ràng, hiểu và chấp nhận các nguy cơ rủi ro có thể xảy ra

5.3. Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.

- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ với người lớn, gây mê nội khí quản với trẻ em

6.1 Bước 1: Làm sạch phần đầu gần ngón tay

6.2 Bước 2: Rửa phần đứt lìa với nước muối sinh lý, nhẹ nhàng lấy bỏ dị vật, chất bẩn, cắt lọc tối thiểu mép da, mô mềm bị dập nát không thể bảo tồn.

6.3 Bước 3:Đặt phần búp ngón đứt lìa về vị trí đúng trên ngón tay, cố định mảnh ghép bằng chỉ khâu thưa.

6.4 Bước 4: Băng vô khuẩn, có thể sử dụng bột loa tránh va đập.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu
- Theo dõi tình trạng mảnh ghép: màu sắc, nhiệt độ,…
- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Chảy máu: Băng cầm máu
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Hoại tử mảnh ghép: Tiến hành phẫu thuật ghép da hoặc chuyển vạt che phủ thay thể mảnh ghép bị hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

trulv.kcb_Le Van Tru_05/10/2026 08:17:00

68. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT XƯƠNG NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép xương tự thân cho khuyết xương ngón tay là kỹ thuật sử dụng mảnh xương lấy từ chính cơ thể người bệnh (thường lấy từ mào chậu) để tái tạo phần khuyết hổng xương ở ngón tay mất do chấn thương hoặc đã phẫu thuật cắt bỏ do nhiễm trùng, u xương,…
- Nguyên lý: Ghép xương giúp khôi phục chiều dài và sự liên tục của xương, tạo nền vững cho hoạt động của gân cơ và khớp. Mảnh ghép xương tự thân có chứa tế bào sinh xương, kích thích quá trình tạo xương mới và làm khung cơ học cho mạch và xương mới phát triển.
- Mục đích: Lấp đầy và tái tạo khuyết hổng xương ngón, phục hồi chiều dài và hình dáng ngón tay, ngăn ngừa biến chứng biến dạng ngón, co rút gân, lệch trục. Tạo sự liền xương vững chắc giúp khôi phục chức năng vận động của bàn tay. Đảm bảo thẩm mỹ cho bàn tay, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh khuyết xương ngón tay do chấn thương hoặc sau phẫu thuật xử lý nhiễm trùng xương, u xương,…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật, người bệnh không hợp tác phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

4.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình – bàn tay.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chụp Xquang sọ mặt. Chụp cắt lớp vi tính dựng hình

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.

- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật bàn tay, đệm nâng cao vùng hông bên lấy mảnh ghép xương

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha với Adrenalin nồng độ 1/100000.

6.1 Bước 1: Sát khuẩn, trải toan.

6.2 Bước 2: Bộc lộ, làm sạch chuẩn bị vị trí nhận xương ở ngón tay bị tổn thương. Đo kích thước phần khuyết xương.

6.3 Bước 3: Chuẩn bị xương ghép: lấy xương mào chậu

- Đánh dấu vị trí rạch da: phụ mổ làm căng phần da trên mào chậu bằng động tác kéo căng và ấn xuống từ phía mào chậu về phía bụng, đánh dấu đường rạch da là đường song song với mào chậu và nằm trên gai chậu trước trên khoảng 2cm. Chiều dài đường rạch da thường là khoảng 5cm.
- Sau khi thả lỏng da, đường rạch nằm cách mào chậu khoảng 2cm về phía ngoài, giúp tránh căng sẹo và ma sát cơ học lên sẹo sau mổ. Gây tê tại chỗ, rạch da theo đường thiết kế, bóc tách đầu tù đến màng xương mào chậu.
- Rạch lớp màng xương mào chậu, bóc tách sâu vào hố chậu đến khoảng 8cm, chú ý tránh gây tổn thương thần kinh bì đùi ngoài.
- Đánh dấu vị trí đục xương để thu được mảnh ghép xương có kích thước phù hợp với tổn khuyết. Dùng đục xương để lấy mảnh ghép xương theo thiết kế.
- Cầm máu kỹ, đóng vết mổ theo lớp giải phẫu, băng ép vùng mào chậu.

6.4 Bước 4: Ghép xương vào nơi nhận: kết hợp xương mảnh xương ghép vào xương ngón tay nơi nhận bằng nẹp vis hợp kim. Chú ý phục hồi trục sinh lý của xương ngón tay, tránh biến dạng lệch trục ngón.

6.5 Bước 5: Cầm máu kỹ, khâu đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

6.6 Bước 6: Băng vô khuẩn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu
- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn sau mổ 24h.
- Chảy máu (hiếm gặp): băng ép chặt, nếu không đỡ cắt chỉ cầm máu bằng dao điện.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh.
- Thải loại, hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan Peter, C. (2013). Plastic Surgery, Volume six, Hand and Upper Extremity, 3rd edition: Elsevier Saunders.

2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

6. Kwon SH, Lao W, Yen CI, Lin YT, Wu KP, Chang TN. Aesthetic Multiple-Toe Reconstruction With Combined Iliac Bone Graft and Wraparound Free Anterolateral Thigh Flap-A Case Report and Literature Review. Ann Plast Surg. 2017 Mar;78(3 Suppl 2):S37-S40. doi: 10.1097/SAP.0000000000001003. PMID: 28166136.

7. Calderaro, Cosma & Montanaro, Antonello & Turturro, Francesco & Bolle, Gabriele & S, De & A, Ferretti. (2015). Tips and Tricks in Harvesting of Bone From the Iliac Crest.

69. PHẪU THUẬT THU NHỎ BẮP CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật thu nhỏ bắp chân là kỹ thuật tạo hình thẩm mỹ bắp chân bằng việc hút mỡ thừa tích tụ ở vùng này nhằm giảm kích thước, làm thon gọn và tạo dáng thẩm mỹ cho đôi chân.

Nguyên lý: Sự dụng đầu hút mỡ đưa vào lớp mỡ dưới da vùng bắp chân qua các vết rạch da nhỏ để phá vỡ và hút bỏ mô mỡ dư thừa, bảo tồn hệ thống cơ, mạch máu, thần kinh và da vùng bắp chân. Thực hiện hút mỡ vòng quanh, đồng đều để tạo đường nét tự nhiên, tránh tình trạng lồi lõm ngoài da hoặc biến dạng bắp chân.

Mục đích: Đáp ứng nhu cầu thẩm mỹ của người bệnh, giúp thu nhỏ và làm thon gọn bắp chân, cải thiện sự cân đối giữa đùi – gối – cẳng chân. Cải thiện các vấn đề tâm lý – xã hội cho người bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

Thừa mỡ, loạn dưỡng mỡ vùng bắp chân, người bệnh có nhu cầu can thiệp thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép, người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ hút mỡ.
- Băng chun: 02 cuộn.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3 giờ

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm sấp

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Mê toàn thân

6.1 Bước 1: Sát khuẩn, trải toan.

6.2 Bước 2 Thiết kế khu vực hút mỡ: chia bắp chân thành 4 vùng trước ngoài, trước trong, sau ngoài, sau trong. Mỗi vùng này đánh dấu điểm đặt đầu hút mỡ, đảm bảo không bỏ xót khu vực, đảm bảo sự hài hoà do yêu cầu hút mỡ vòng quanh bắp chân.

6.3 Bước 3 Rạch da nhỏ các vị trí đặt đầu hút mỡ đã đánh dấu.

6.4 Bước 4 Dùng canula bơm dung dịch Tumescent (dung dịch nước muối sinh lý với lidocaine 0,05% hoặc 0,1% và epinephrine 1:1000000) vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.5 Bước 5 Đưa canula vào hút, thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.

6.6 Bước 6 Kiểm tra sau hút. Kết quả tối ưu đạt được khi lớp mỡ dưới da sau hút còn độ dày khoảng 2 – 3mm.

6.7 Bước 7 Cắt mép, khâu các vết rạch da.

6.8 Bước 8 Băng ép vừa và kê chân cao sau phẫu thuật.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu
- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ, hút không đều. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.
2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.
6. Niddam J, Castel N, Berl A, Shalom A. Dry Liposculpture of the Calves and Ankles-A Novel Technique for Sculpting the Lower Legs. Aesthetic Plast Surg. 2024

Dec;48(23):5074-5082. doi: 10.1007/s00266-024-04402-6. Epub 2024 Sep 29. Erratum in: Aesthetic Plast Surg. 2024 Dec;48(23):5256. doi: 10.1007/s00266-024-04491-3. PMID: 39342542; PMCID: PMC11739234.
7. Hoppmann R, Meruane M, González D, Wisnia P, Hasbún A, Villalobos B. Calf lipo-reshaping. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013 Jul;66(7):956-61. doi: 10.1016/j.bjps.2013.03.017. Epub 2013 Apr 11. PMID: 23583609.
8. Lillis PJ. Liposuction of the knees, calves, and ankles. Dermatol Clin. 1999 Oct;17(4):865-79, vii-viii. doi: 10.1016/s0733-8635(05)70134-0. PMID: 10526717.

truly.kcb_Le Van Tru_0[illegible]

70. PHẪU THUẬT ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO VÙNG TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật đặt vật liệu nhân tạo vùng trán là thủ thuật thẩm mỹ nhằm làm đầy, cải thiện độ cong và hình dáng trán bằng cách đặt implant nhân tạo (silicone, Medpor, ePTFE…) dưới cân hoặc xương vùng trán.

Nguyên lý: Tạo khoang dưới cân trán hoặc dưới màng xương, đưa implant nhân tạo vào để chỉnh sửa độ lồi và độ cong của trán, sau đó cố định và khâu đóng vết mổ thẩm mỹ.

Mục đích:

- Làm đầy trán hóp, phẳng.
- Cải thiện đường nét, độ cong tự nhiên vùng trán.
- Đem lại sự hài hòa và trẻ trung cho khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người có trán hóp, thiếu độ cong tự nhiên.
- Bất cân xứng hoặc biến dạng vùng trán sau chấn thương, phẫu thuật.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, trẻ hóa khuôn mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tại vùng trán hoặc toàn thân.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo.
- Da và mô mềm vùng trán quá mỏng, nguy cơ lộ implant.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Implant có thể gây di lệch, nhiễm trùng hoặc đào thải.
- Cần đánh giá kỹ hình thái xương trán, tránh khoang đặt quá nông.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng trán
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám tổng quát và chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá hình thái trán bằng thăm khám và chụp CT scan khi cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thường rạch đường chân tóc vùng trán để giấu sẹo.

Có thể dùng đường rạch nhỏ khác tùy tình huống lâm sàng.

6.2. Bước 2:Bóc tách dưới cân trán hoặc dưới màng xương vùng trán.

Khoang đủ rộng, cân đối hai bên, tránh tổn thương mạch máu và thần kinh trán.

6.3. Bước 3:Đưa implant nhân tạo vào khoang đã chuẩn bị.

Điều chỉnh vị trí, cân đối, có thể cố định bằng vít nhỏ hoặc khâu neo.

6.4. Bước 4:Đặt dẫn lưu nếu cần.
6.5. Bước 5: Khâu phục hồi từng lớp giải phẫu, khâu da bằng chỉ thẩm mỹ.
Kiểm tra cân đối, độ cong trán.
Băng ép nhẹ vùng trán.
6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Tình trạng vùng mổ: chảy máu, sưng nề, băng ép.
- Chức năng thần kinh – mạch vùng trán, thái dương.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ…

Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.
- Chảy máu trong mổ: từ vùng bóc tách hoặc mạch máu thái dương.

Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Tụ máu, chảy máu sau mổ: biểu hiện sưng, căng phồng vùng trán.

Xử trí: băng ép cầm máu, chọc hút dịch hoặc mở lại kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề vùng trán, thái dương: thường gặp sau mổ.

Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, nâng cao đầu giường.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng đỏ, chảy dịch.

Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.
- Lệch chất độn: trán mất cân đối.

Xử trí: băng ép điều chỉnh, phẫu thuật đặt lại.

7.4. Biến chứng muộn
- Bao xơ quanh vật liệu: gây cứng, biến dạng.

Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại hoặc thay vật liệu.
- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo): ảnh hưởng thẩm mỹ.

  Xử trí: chăm sóc sẹo, điều trị nội khoa, tạo hình sẹo khi ổn định.
- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu: lệch, không cân xứng, vật liệu lộ.

Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Yaremchuk MJ. Alloplastic augmentation of the forehead. Plast Reconstr Surg. 1999.
- Coleman SR. Structural fat grafting to the forehead: comparison with implants. Clin Plast Surg. 2006.
- Matarasso A. Biomaterials in aesthetic facial surgery. Clin Plast Surg. 1993.
- Park SH, et al. Forehead augmentation using silicone implant: long-term outcomes. Aesthetic Plast Surg. 2010.

71. PHẪU THUẬT ĐẶT VẬT LIỆU NHÂN TẠO VÙNG THÁI DƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Phẫu thuật đặt vật liệu nhân tạo vùng thái dương là thủ thuật thẩm mỹ nhằm làm đầy hõm thái dương, cải thiện đường nét khuôn mặt bằng cách đưa implant (silicone, Medpor, ePTFE…) vào khoang dưới cân thái dương nông hoặc dưới cơ.

Nguyên lý: Tạo khoang tại vùng thái dương, đặt vật liệu nhân tạo phù hợp, sau đó khâu cố định và che phủ để khôi phục sự đầy đặn và cân đối vùng thái dương.

Mục đích:

- Làm đầy hõm thái dương, trẻ hóa gương mặt.
- Cân đối hai bên khuôn mặt.
- Cải thiện thẩm mỹ, tạo sự hài hòa gương mặt

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người có hõm thái dương bẩm sinh hoặc do tuổi tác.
- Teo mô mềm sau chấn thương, phẫu thuật, bệnh lý.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ cải thiện sự cân đối gương mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng cấp tại vùng thái dương hoặc toàn thân.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo.
- Da và mô mềm quá mỏng, nguy cơ lộ implant.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Nguy cơ di lệch hoặc đào thải implant.
- Cần đánh giá kỹ các mạch máu, thần kinh vùng thái dương để tránh tổn thương.

5. CHUẨN BỊ:

5. 1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng thái dương
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1 Bước 1: Thường qua đường rạch trong chân tóc vùng thái dương hoặc đường rạch nhỏ ngay nếp da.

6.2 Bước 2: Bóc tách dưới cân thái dương nông hoặc dưới cơ thái dương.
Khoang vừa đủ, tránh tổn thương mạch máu, thần kinh thái dương.

6.3 Bước 3: Đưa implant nhân tạo vào khoang đã chuẩn bị.
Điều chỉnh vị trí cân đối hai bên, có thể cố định bằng chỉ hoặc vít nhỏ.

6.4 Bước 4: Khâu phục hồi các lớp giải phẫu.

6.5 Bước 5: Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.6 Bước 6: Khâu da bằng chỉ thẩm mỹ.
Kiểm tra cân đối hai bên thái dương.
Băng ép nhẹ vùng mổ.
6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Tình trạng vùng mổ: chảy máu, sưng nề, băng ép.
- Chức năng thần kinh – mạch vùng thái dương.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ…
Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.
- Chảy máu trong mổ: từ vùng bóc tách hoặc mạch máu thái dương.
  Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Tụ máu, chảy máu sau mổ: biểu hiện sưng, căng phồng vùng thái dương.
Xử trí: băng ép cầm máu, chọc hút dịch hoặc mở lại kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề vùng thái dương: thường gặp sau mổ.
Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, nâng cao đầu giường.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng đỏ, chảy dịch.
Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.
- Lệch chất độn: trán – thái dương mất cân đối.
Xử trí: băng ép điều chỉnh, phẫu thuật đặt lại.

7.4. Biến chứng muộn
- Bao xơ quanh vật liệu: gây cứng, biến dạng vùng thái dương.
Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại hoặc thay vật liệu.
- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo): ảnh hưởng thẩm mỹ.
  Xử trí: chăm sóc sẹo, điều trị nội khoa, tạo hình sẹo khi ổn định.
- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu: lệch, không cân xứng, vật liệu lộ.
Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Yaremchuk MJ. Alloplastic facial contouring. Plast Reconstr Surg. 1991.
- Coleman SR. Structural fat grafting vs. alloplastic implants in temporal hollowing. Clin Plast Surg. 2006.
- Matarasso A. Biomaterials in aesthetic facial surgery. Clin Plast Surg. 1993.
- Aiache AE. Temporal hollowing: surgical correction with implants. Aesthetic Plast Surg. 1995.